



# ”Et sted å være”

Noen kvinners erfaringer  
med å delta i behandlingsgruppe

Birgitte Ahlsen

Masteroppgave i Helsefag  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 2007

# Forord

Denne oppgaven har utgangspunkt i egne erfaringer med behandlingsgrupper for kvinner. Jeg har også i en årrekke arbeidet med å evaluere og formidle erfaringer fra dette arbeidet.

Behandlingsopplegget ble i sin tid utviklet i samarbeid med Sissel Steihaug, som jeg har samarbeidet med i mange år. Takk til Sissel, som har vist tro på meg (og fysioterapifaget), og som har introdusert meg for nye muligheter.

Gunn Engelsrud har vært min veileder, og en viktig person for meg i arbeidet med denne oppgaven. Hun har brukt mye tid på veiledningen, og utfordret meg på mange måter, noe jeg (spesielt i ettertid) er svært glad for.

Takk også til mine tidligere arbeidskolleger ved Rehabiliteringsenheten på Stovner, som har vist raushet og interesse for oppgaven min. En spesiell takk til Wenche Eide, som har tatt seg tid til å diskutere deltakernes erfaringer med meg.

Takk til Sigurd for gode innspill og hjelp til å se når språket blir snirklete.

Oslo, 25.03.2007

## **Sammendrag**

Bakgrunnen for oppgaven er mange års erfaringer med behandlingsgrupper for kvinner med langvarige muskel- og skjelettsmerter. Et behandlingsopplegg, utført i samarbeid mellom fysioterapeut og lege, har bestått av øvelser fra en tradisjon kalt ”Basal Kroppskjennskap”, der det legges vekt på ”frihet” i pust og bevegelser. Samtale med kvinnene og undervisning om anatomi, smerte, stress og sammenhenger mellom ”kropp” og ”liv” har også inngått. Opplegget har flere ganger vært evaluert og konklusjoner har vært at behandlingen har ført til betydningsfulle erfaringer, som har resultert i endringer i kvinnes liv (Steihaug 2002, 2005, 2007, Werner 2003). Tilfeldige møter med deltakere etter behandlingens avslutning har imidlertid vist et annet ”bilde”, og særlig påfallende har det vært at kvinnene har rapportert at deres tilstand er uendret med hensyn til arbeidsførhet, og at de fortsatt er i behandlingsapparatet. Mange har allikevel gitt uttrykk for at de savner behandlingsgruppen de deltok i.

Med utgangspunkt i at kvinnes ”reelle” livssituasjon viste seg å være betydelig vanskeligere enn det forskningen hadde fått frem, ble det utviklet et nytt rehabiliteringsprosjekt der hensikten var å også involvere deltakernes leger, arbeidsgivere og Arbeids- og velferdsforvaltningen. Tanken var at det å samordne tiltakene kunne skape en annen mulighet for at kvinnene selv kunne ta aktivt del i egen rehabilitering. Prosjektet tok utgangspunkt i det allerede etablerte behandlingsopplegget, og inkluderte på nytt kvinner med muskelsmerter som av den grunn var, eller gjentatte ganger hadde vært sykmeldt.

Kvinnenes erfaringer er studert ved bruk av kvalitativ forskningsmetode. Materialet består av loggbøker som 13 deltakere har ført gjennom behandlingsperioden, og utskrift av gruppeintervju i etterkant av behandlingen. Analysen er tematisk og organisert ut fra deltakernes forhold til øvelsene og til det samlede behandlingsopplegget.

Oppgaven belyser hvordan kvinnene beskriver sine erfaringer med å delta i behandlingsgruppen. Den viser også hvordan deres erfaringer kan bidra til å kaste lys over behandlingen, den problematikken de lever med, og hvilket perspektiv de synes å snakke fra. Erfaringene analyseres med utgangspunkt i et livsverdenperspektiv og fenomenologisk teori .

Deltakerne beskriver ulike og til dels også motstridende erfaringer, alt avhengig av om de uttaler seg i forhold til ”øvelsene”, eller det samlede behandlingsopplegget. Når de skriver om øvelsene velger de erfaringer og formuleringer som de tror kan være nyttige for fysioterapeuten. De leter etter hva som er det antatt ”viktige” i behandlingen. Det kommer fram at det å skrive om egne erfaringer i loggboken ikke nødvendigvis er dekkende for hvordan de har hatt det, eller hva de har vært opptatt av. Mange sier at det kan være vanskelig å finne ord som beskriver hva de erfarer.

Det å bevege seg og være i kontakt med egen tyngde og pust beskrives som godt og samlende. Det gir nye erfaringer og endret forhold til egen kropp og bevegelser. Ved å trekke inn teori fra Merleau-Ponty og Beauvoir belyses kroppen som kommunikativ og relasjonell. Det pekes på at ”frihet” i bevegelser kan ses i sammenheng med kvinners samfunnsmessige og sosiale posisjon, hvor det å ta hensyn til andre og være opptatt av hva andre tenker om dem, er fremtredende. Ut fra et slikt syn fremstår det å endre ”bevegelsesmønster” og ”kroppsvaner” som et krevende ”prosjekt”. Det vises til at deltakerne omsetter ny innsikt og erfaringer til blant annet å forsøke å skape større ”rom” for seg selv i hverdagen. Behandlingsrommet har også betydning som et ”eget handlingsrom” for kvinnene.

Undervisningen og fellesskapet de har med hverandre bidrar til at deltakernes erfaringer blir gyldige, og dette gir kvinnene fornyet tillit til seg selv. Det kollektivt like blir imidlertid fremtredende på bekostning av det individuelt erfarte. Behandlingsopplegget legger også føringer for hva deltakerne bør være opptatt av, og de synes å snakke ut fra hva de tror forventes av dem i denne konteksten. Til behandlerne forteller mange at ny kunnskap har ført til positive endringer, men deres liv synes å fortsette som før.

Kvinnenes erfaringer av smerte endrer seg *ikke* i løpet av behandlingsperioden. Arbeidsførhet og smertetilstand er noe både behandlere og omgivelsene forventer at skal endres. Det diskuteres om omgivelsenes forventninger om at endringer skal kunne være målbare og synlige for andre, kan bidra til å svekke kvinnenes tro på egne erfaringer. Det å bli møtt med slike forventninger, kan gjøre det vanskelig for kvinnene å se egne erfaringer fra behandlingen som betydningsfulle og viktige i seg selv.

I analysen drøftes også problematikk knyttet til å vurdere effekt av behandling. Kvinnenes forventninger til seg selv, og hvordan de oppfatter behandlernes forventninger til dem, må tas

hensyn til i evaluering av et behandlingsopplegg. Det pekes også på at en behandlingsform med bruk av bestemte metoder og øvelser kan bidra til å låse deltakerne til et allerede etablert handlingsmønster, hvor det å innrette seg etter andres forventninger er sentralt. Kvinnene har imidlertid behov for et ”sted å være”, som kan romme deres smerte. Det anbefales derfor at det etableres ikke-kommersielle tilbud, hvor pasienter kan bevege seg sammen med andre, og ha muligheter til å prøve ut hva som er bra for egen del – uten fokus på å endre seg og skulle bli bedre.

# Innholdsfortegnelse

1. Innramming av oppgavens tema og problemstilling .....	8
1.1 Egne erfaringer .....	8
1.2 Rehabiliteringsprosjektet .....	11
1.3 Problemstilling for oppgaven .....	11
1.4 Oppgavens videre innhold og oppbygning .....	12
1.5 Sykefravær i arbeidslivet og innkluderende arbeidsliv .....	13
1.6 Forskning om langvarige muskel-og skjelettsmerter .....	14
1.7 Basal kroppskjennskap som fysioterapeutisk arbeidsmetode .....	15
1.7.1 Balanse, pust og nærvær .....	16
1.7.2 BK- øvelser og teoretisk ”ståsted” .....	18
1.7.3 Refleksjon omkring bruk av BK i forhold til langvarige muskelsmerter .....	18
1.7.4 Forskning på bruk av BK i behandling .....	19
1.8 Foreløpig oppsummering .....	20
2. Teori .....	22
2.1 Livsverden .....	22
2.2 Levd kropp .....	23
2.3 Bevegelse som kommunikasjon .....	24
2.4 Kroppen som uttrykk og tale .....	25
2.5 Levd erfaring .....	26
3. Konteksten for kvinnes erfaringer .....	28
3.1 Innledning .....	28
3.2 Innblikk i en behandlingstid .....	28
4. Materiale og metode .....	30
4.1 Sammenheng mellom tema og metode .....	30
4.2 Å forske på egen praksis, egen forståelse .....	30
4.3 Bruk av loggbøker .....	31
4.3.1 Gjennomføring .....	33
4.3.2 Forløp .....	34
4.4 Gruppeintervju .....	34
4.4.1 Gjennomføring .....	35
4.5 Egne notater som datamateriale .....	35
4.6 Rekruttering og presentasjon av deltakerne .....	35
4.6.1 Referansegruppe og informasjon .....	35
4.6.2 Gruppedeltakere .....	36
4.7 Etske refleksjoner .....	36
4.8 Gjennomføring av behandlingsopplegget og rehabiliteringsprosjektet .....	37
4.8.1 Behandlingsopplegget .....	37
4.8.2 Rehabiliteringsprosjektet .....	38
4.9 Bakgrunn og redegjørelse for analysen .....	38
5. Analyse .....	41
5.1 Innledning .....	41
5.2 Kvinnes forhold til øvelsene .....	41
5.2.1 Smerte og usikkerhet .....	41
5.2.2 En ”øvelse” i å slappe av .....	48
5.2.3 Oppsummering av kvinnes forhold til øvelsene .....	57
5.3 Kvinnes forhold til behandlingsopplegget .....	58
5.3.1 Et godt sted å være .....	58
5.3.2 Ny forståelse .....	61

5.3.3 Oppsummering av kvinnenenes forhold til behandlingsopplegget.....	64
6. Oppsummering og diskusjon.....	65
6.1 Et sted å være .....	65
6.2 Forventninger til behandling – et vesentlig fenomen? .....	67
6.3 utfordringer ved ”å måle effekt” av behandling .....	68
7. LITTERATURLISTE .....	70

Vedlegg: 2

# **1. Innramming av oppgavens tema og problemstilling**

## **1.1 Egne erfaringer**

Muskel- /skjellettplager hos kvinner er et stort og omfattende forskningsfelt som jeg i de siste 15 årene har vært engasjert i. I 1992 startet jeg som fysioterapeut et samarbeid med lege Sissel Steihaug. Hun hadde lang erfaring som allmennpraktiker og var frustrert over at det for en stor andel av hennes pasienter ikke eksisterte et egnet behandlingstilbud. Pasientgruppen som Steihaug var særlig opptatt av var kvinner med vedvarende smerter fra muskler og ledd. Med denne bakgrunn utarbeidet vi et gruppebasert behandlingsopplegg som besto av en kombinasjon av fysisk trening og undervisning.

Vi evaluerte de første behandlingsgruppene ved bruk av egne feltnotater, notater fra individuelle samtaler med deltakerne, og bruk av standardiserte evalueringsskjemaer som deltakerne fylte ut. Konklusjonene vi trakk fra denne evalueringen var at deltakerne var svært fornøyde med opplegget. Kvinnene fortalte at de følte seg i bedre form, hadde fått mer overskudd, og større tillit til seg selv. De fortalte at treningen hadde betydning fordi det ga dem følelse av å mestre noe, og dessuten skapte bevegelse glede. Undervisningen hadde vært viktig fordi det ga dem selv en større forståelse for egen smerte, og de sa at dette førte til at de kunne forholde seg til smerten på nye måter. Deltakerne understreket betydningen av det å bli forstått, av oss som helsepersonell, og av andre som var i samme situasjon som dem selv (Steihaug, 1994, 1996). På bakgrunn av denne positive evalueringen fortsatte vi med behandlingsgruppene, men tilbudet endret seg etter hvert fra trening, med vekt på styrke og utholdenhet, i retning bevegelse med vekt på å erfare forhold i egen kropp, slik som pust og tyngde. Undervisningen omhandlet generell anatomi og fysiologi, og temaer om stress og følelser, kvinnerollen og alternative handlingsstrategier. I undervisningen ble det etter hvert gitt større muligheter for deltakerne til selv å ta opp temaer de var interessert i å dele med hverandre. For å evaluere opplegget tok vi i bruk stadig nye metoder, slik som videoopptak fra trening og gruppesamtaler og fokusgruppeintervjuer.

Professor Kirsti Malterud ble også trukket inn i arbeidet med å evaluere behandlingstilbudet. Resultatene viste at endringer i opplegget fikk betydning for deltakerne. Det som nå kom frem var at de fikk større kjennskap til egen kropp og dermed også større tillit til egne erfaringer. Kvinnene sa at det å dele erfaringer med hverandre styrket deres selvfølelse. De fortalte at kombinasjonen mellom bevegelse og samtale ga innsikt i nye sammenhenger i livet, som



igjen åpnet for muligheter til å velge alternative handlingsmåter (Steihaug, 2001).

Betydningen av å bli trodd og forstått var videre et sentralt tema i alle behandlingsgruppene. Steihaug pekte på at anerkjennelse var et sentralt begrep og en ”nøkkelfaktor” i behandlingen av kvinner med denne type plager. Hun viste til at det har stor betydning at helsepersonell opptrer anerkjennende i møte med denne pasientgruppen (Steihaug, 2002, 2005). Gjennom et dybdeintervju med seks deltakere fra tidligere behandlingsgrupper viste forsker og sosiolog Anne Werner (2003) hvordan det å delta i behandlingsgruppe og bli møtt med anerkjennelse hadde styrket deltakernes tro på seg selv og medført endringer og nye tiltak fra kvinnene selv i deres hverdag. Werner peker imidlertid på forhold som kvinners ansvar i hjemmet og belastningen ved ikke å bli trodd av helsepersonell, som faktorer som gjør det vanskelig for kvinnene å iverksette endringstiltak. Werner ser derfor endringstiltakene som en pågående prosess, snarere enn et utbytte av et behandlingsopplegg.

Behandlingsopplegget har pågått i flere år, og jeg ledet også gruppene alene noen år. Jeg evaluerte opplegget gjennom å intervjuer kvinnene i etterkant av behandlingen. De fortalte stort sett om de samme erfaringene som tidligere nevnt. Det som gikk igjen var betydningen av å bli trodd og tatt på alvor, treffe andre i samme situasjon og det å erfare kroppen og seg selv på en ny måte. Kvinnene fortalte også på hvilken måte erfaringer fra behandlingen hadde fått betydning i deres hverdagsliv, gjennom å velge alternative handlingsstrategier, som for eksempel å gi mer ”blaffen” og av og til velge å si ”nei”.

Under intervjuene med meg fortalte kvinnene ofte om sine erfaringer på en slik måte at jeg tenkte at fra nå av ville mye endre seg for dem. Studier som var gjennomført, og som fortsatt pågikk, pekte i samme retning. Behandlingsopplegget hadde gitt deltakerne betydningsfulle erfaringer som resulterte i nye handlingsstrategier i livet (Steihaug, 2005, 2007). Jeg så for meg en snøball som hadde begynt å rulle og som rullet av seg selv i kraft av å ha blitt satt i bevegelse.

Vi gjorde ingen videre oppfølgingsstudier, og levde i den tro at det vi hadde satt i gang hadde gitt varige endringer i kvinnes liv. Slik var det imidlertid ikke. Da jeg tilfeldigvis traff flere av kvinnene senere fortalte de andre historier enn det jeg hadde forventet utfra de positive evalueringene, som vi også hadde publisert. De fortalte at det slett ikke var så store endringer, deres erfaring av smerte var den samme som tidligere, og forholdene med hensyn til arbeidsførhet var uendret. De befant seg også fortsatt i behandlingssystemet og hadde oppsøkt

nye tilbud. Kvinnene nevnte ikke de erfaringene de tidligere hadde gitt uttrykk for i behandlingsgruppen, men sa imidlertid at de savnet gruppetilbudet.

Kontrasten mellom det vi tidligere hadde fått frem i forskningen og det kvinnene fortalte meg når jeg møtte dem tilfeldig, gjorde at jeg stilte spørsmålene; Hvor var betydningsfulle erfaringer ”blitt av”? Var det slik at ”snøballen” allikevel ikke hadde rullet særlig langt? Kunne det være at erfaringer fra behandlingsrommet var vanskelige enn forventet å overføre til ”livet utenfor”? Dette ble jeg gående å gruble på. Jeg utarbeidet etter hvert en hypotese om at kvinnene kom for sent til behandlingen og allerede var ”utslitte”, og at det dessuten manglet et samarbeid mellom de instanser kvinnene måtte forholde seg til mens de var sykmeldte.

Som fysioterapeut med spesialisering innen psykomotorisk fysioterapi er min erfaring at pasienter ofte blir henvist til meg etter å ha vært sykmeldt i lang tid, og ”alt annet” er blitt prøvd. Når jeg møter pasientene er deres sykmeldingsperiode ofte i ferd med å utløpe, mens pasientene på sin side likevel beskriver seg selv som ”verre enn noen gang”. Etter som tiden går, og de ikke blir noe bedre, forteller pasientene at det er belastende å forholde seg til omgivelsenes forventninger om endring, slik som arbeidsgiver, lege, familie, venner og Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). Pasientene gir uttrykk for fortvilelse og at de er slitne.

I behandlingstiden registrerer jeg at mange av deltakerne gir uttrykk for en forverring av symptomene hver gang tiden nærmer seg for et nytt legebesøk, et brev fra NAV og en ny vurdering av ”hva nå”. Jeg tenkte at situasjonen som kvinnene befant seg i medvirket til den manglende bedringen. Det virket som det ikke eksisterte et tilstrekkelig grunnlag i deres livssituasjon for at den rehabilitering som ble tilbudt kunne lykkes. Kvinnene måtte forholde seg til, og var avhengige av, mange ulike instanser. De ulike instansene så alle ut til å vurdere deres situasjon fra ulikt ståsted og alle hadde forskjellige oppfatninger og gode råd om hva som burde gjøres. Pasientene derimot ga uttrykk for å være rådville og maktesløse.

Mitt ønske var derfor at kvinnene skulle få mulighet til å ta del i de beslutninger som ble tatt, i større grad enn det de tilsynelatende hadde, og at de skulle bli gitt mulighet til å være aktive i å ta stilling til og medvirke i utformingen av egen rehabilitering. For å kunne tilby et opplegg som tok hensyn til arbeidslivet og situasjonen utenfor behandlingsrommet ønsket jeg å utvikle

et samarbeid med fastlege, arbeidsgiver og NAV. Jeg ønsket dessuten at kvinnene skulle få mulighet til å delta i behandlingsopplegget på et tidligere tidspunkt i sykefraværsperioden, før ”alt annet” var blitt prøvd, og før de var blitt utslitt og nedbrutt.

Med bakgrunn i egne erfaringer med behandlingsgrupper for kvinner med langvarige muskelsmerter og med støtte fra bydelens ledelse som ønsket ”å gjøre noe med sykefraværet”, tok jeg initiativ til og utformet det som ble betegnet som bydelens rehabiliteringsprosjekt. Hensikten med prosjektet var å utvikle et bedre behandlingstilbud til kvinner som er sykmeldt på grunn av langvarige muskel- og skjelettsmerter, gjennom å inkludere behandlingsopplegget i et samarbeidsforhold med partene i avtalen for et Inkluderende Arbeidsliv.

## **1.2 Rehabiliteringsprosjektet**

Prosjektet ble ledet av meg, mens behandlingsopplegget ble gjennomført i samarbeid med Sissel Steihaug og baserte seg på det vi tidligere hadde utarbeidet. Målgruppen for prosjektet var kvinnelige ansatte i bydelen som hadde vært sykmeldt mer enn 4 uker, eller gjentatte ganger, for muskel-/skjelettlidelser uten en klar medisinsk diagnose. Tilbudet var å delta i behandlingsgruppe over en periode på ett år, med samtale og undersøkelse av fysioterapeuten før og etter opplegget. De ansatte fikk tilbudet presentert av sin arbeidsleder. Et mål for prosjektet var å etablere en samarbeidsgruppe rundt hver enkelt deltaker, bestående av arbeidsleder, fastlege, meg som behandlende fysioterapeut og eventuelt NAV-trygd. Prosjektperioden ble i første omgang satt til ett år.

## **1.3 Problemstilling for oppgaven**

Rehabiliteringsprosjektet setter det tidligere etablerte behandlingsopplegget i en videre sammenheng, hvor samarbeid mellom sentrale instanser rundt den sykmeldte ansatte er sentralt. I denne oppgaven vil jeg allikevel fokusere på behandlingsopplegget, og jeg ønsker særlig å belyse bevegelsestreeningen og det spesielle ved denne behandlingssituasjonen. Tidligere deltakere har gitt uttrykk for at erfaringer fra ”treningen” har fått betydning for deres liv. Mitt inntrykk er imidlertid at denne betydningen synes å ”forstumme”, og dermed også på et vis opphører å eksistere, en tid etter at behandlingen er avsluttet. Det kan bety at behandlingsopplegget har vært en kilde til inspirasjon og en hjelp til å ”komme i gang”, men

at det å holde motivasjonen oppe er vanskeligere på egenhånd. De erfaringer som tidligere deltakere har fremhevet som betydningsfulle er, slik jeg ser det, ikke av en slik karakter at de må holdes vedlike gjennom ”trening”. Det er erfaringer som berører deltakernes forhold til egen kropp og seg selv og også deres eget perspektiv på situasjonen de befinner seg i. Det er kunnskap og innsikter som jeg ikke ville tro gikk i glemmeboken, men heller ble ”lagret” hos den enkelte som en erfaring.

Den behandlingssituasjonen som kvinnene gjør sine erfaringer i er jeg som fysioterapeut en del av. For meg er dette imidlertid en situasjon som jeg til daglig befinner meg i, og hvor mye av det som skjer er ”ting” jeg tar for gitt. Siden det synes å være ulike oppfatninger om hva som er den beste ”hjelp”, eller ”metode” for å bedre denne type plager, og at mange kvinner er gjengangere i behandlingssystemet, har jeg i denne oppgaven valgt å la en gruppe kvinner beskrive sine erfaringer. Jeg har utarbeidet følgende problemstillinger:

Hvordan beskriver kvinnene som har deltatt sine erfaringer?

Hvordan kan kvinnes erfaringer kaste lys over behandlingsopplegget og den problematikken de lever med?

Hvilket perspektiv synes kvinnene å snakke ut fra?

Hva slags kunnskap har kommet ut av dette opplegget?

#### **1.4 Oppgavens videre innhold og oppbygning**

Jeg har så langt beskrevet bakgrunnen for problemstillingen. Videre i dette kapittelet vil jeg plassere problemstillingen inn i en videre sammenheng, ved blant annet å vise til statistikk om sykefravær og til forskning om muskel- og skjelettsmerter. Jeg skal også beskrive Basal Kroppskjennskap som fysioterapeutisk arbeidsform (BK), og belyse tidligere forskning hvor BK har vært brukt i behandling, og avslutter med en oppsummering av oppgaven ”så langt”. I kapittel to redegjør jeg for oppgavens teori. Oppgaven tar utgangspunkt i et fenomenologisk livsverdenperspektiv hvor mennesket forstås i et gjensidig forhold til omgivelsene, og hvor virkeligheten alltid står i tilknytning til et subjekt. Innen fenomenologien har jeg knyttet meg til Merleau-Ponty’s kroppsfilosofi og til situasjonsbegrepet og levd erfaring slik de er beskrevet hos Moi (1998). Deretter beskriver jeg hvordan en behandlingstime kan ”se ut” for å belyse det spesielle ved den situasjonen som deltakerne beskriver erfaringer fra. I metodekapittelet redegjør jeg for valg av loggbøker og gruppeintervju som metode, og

beskriver hvordan dette arbeidet forløp. I samme kapittel presenterer jeg gruppedeltakerne og beskriver også hvordan både behandlingsopplegget og rehabiliteringsprosjektet forløp. Til slutt i dette kapittelet beskriver jeg egen fremgangsmåte i arbeidet med analysen. I kapittel fem presenterer jeg analysen av datamaterialet, og i kapittel seks oppsummerer jeg og diskuterer på hvilken måte resultatene fra denne oppgaven kan ha betydning for praksisfeltet innen fysioterapi og for forskningsfeltet om kvinner med langvarige muskelsmerter.

### **1.5 Sykefravær i arbeidslivet og inkluderende arbeidsliv**

Den store interessen for sykefraværet i norsk arbeidsliv skyldes blant annet at dette er høyt sammenliknet med andre land, at sykefraværet stadig ”stiger”, og at dette påfører samfunnet store kostnader. Samfunnet har derfor behov for å ”gjøre noe” med disse plagene.

Sykefraværet er størst blant kvinner, og den største økningen er registrert blant kvinner mellom 30 og 60 år. Økningen i sykefraværet er sterkest innen kommunal og fylkeskommunal forvaltning, og i kommunene er det helsesektoren og undervisningssektoren som viser størst økning. Antall uførepensjonister har også steget, og særlig blant kvinner (ssb.no, 22. juni 2006). Både økningen i antallet kvinnelige uførepensjonister og økningen i sykefraværet må imidlertid sees i sammenheng med den sterke økningen i kvinners yrkesdeltakelse i denne perioden.

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble inngått mellom regjeringen og partene i arbeidslivet i 2001 med bakgrunn i et ønske om å skape et arbeidsliv med plass til alle som kan og vil jobbe. Avtalen hadde som mål å redusere bruken av sykefravær med 20% og å redusere antall uføretrygdete i løpet av den første avtaleperioden på fire år. Avtalen ble evaluert høsten 2005, og det ble inngått en ny intensjonsavtale med varighet fram til 31.12.2009. Målet om å redusere sykefraværet og antall uføretrygdete ble opprettholdt. Når en virksomhet signerer en samarbeidsavtale med trygdeetaten, så blir de en IA-bedrift. IA-virksomheter får sin egen kontaktperson i Trygdeetatens arbeidslivssenter i sitt fylke og får også tilgang på en del økonomiske virkemidler forbeholdt IA-virksomheter (nav.no).

Stovner bydel inngikk en intensjonsavtale om et inkluderende arbeidsliv i mars 2003. Ledelsen i bydelen har et stadig fokus på sykefraværet blant de ansatte. Kostnader i forbindelse med langtidsfraværet utgjør en betydelig utgiftspost, og i tider hvor budsjettene skjæres ned er dette spesielt problematisk. Ledelsen i bydelen har iverksatt en rekke tiltak for

å få sykefraværet ned, og har i dette arbeidet fulgt nasjonale føringer; tett oppfølging av den sykmeldte arbeidstaker med fokus på ”det friske” og personens ”restarbeidsevne”. I disse tider foregår det også et fokusskifte fra ”fravær” til ”nærvær”. Det vil si at det skal legges vekt på ulike trivselstiltak for de ansatte på arbeidsplassen. Med bakgrunn i bydelsledelsens ønske om å ”gjøre noe med sykefraværet”, ga de meg økonomisk støtte til å starte opp ”rehabiliteringsprosjektet” for kvinner med kroniske muskelsmerter.

### **1.6    Forskning om langvarige muskel-og skjelettsmerter**

Det anslås at 50% av langtidsfraværet skyldes muskel- og skjelettplager, og lidelser i muskel- og skjelettsystemet er den absolutt største diagnosegruppen blant nye uførepensjonister (RTV). Muskel-/skjelettlidelser, eller belastingslidelser, er en samlebetegnelse på en rekke ulike lidelser og sykdommer, som har til felles blant annet symptomer med vedvarende smerter fra muskler og ledd. Hvis symptomene som pasienten presenterer kan forklares ut fra en anerkjent medisinsk tilstand, får pasienten en sykdomsdiagnose. Hvis symptomene ikke lar seg forklare utfra gyldige ”spor” i kroppen, påvist gjennom medisinske undersøkelser, får pasienten gjerne en symptomdiagnose, så som ”dorsalgia”, nakke- og skuldermyalgier, eller generelle muskel- og leddsmerter (Malterud 2001).

Det er flere kvinner enn menn som får en symptomdiagnose, og Malterud peker på ulike trinn i diagnostiseringsprosessen, hvor kjønn blant annet (hos lege og pasient) får betydning for utfallet. Flere studier forsøker å bidra til å forklare årsakene til kroniske muskelsmerter. Resultater fra nevrofysiologisk forskning viser hvordan forandringer i nervesystemet kan medføre at smerter vedlikeholdes og blir kroniske (Knardahl 1998). Fra nyere forskning innen muskelfysiologi bidras det med en mulig forklaring ved å se på sammenhenger mellom arbeidsbelastning, muskeltretthet og smerter (Tjølsen og Vøllestad 2002). Andre forskere hevder at pasienter med kroniske muskel-/skjelettplager må forstås ut fra at de har en sammensatt problematikk, hvor også kjønn har betydning (Lilleås 1995, Kirkengen 2000, 2005, Råheim 2001). Med bakgrunn i at det ikke foreligger medisinsk gyldige funn som kan forklare pasientenes lidelse, blir de ofte heller ikke trodd (Werner 2005).

Langvarige muskel- og leddsmerter er en utfordring for helsevesenet, fordi det er vanskelig å sette en diagnose, og fordi pasientene er vanskelige å behandle. Pasientene henvises rundt i behandlingssystemet, og de er ofte gjengangere hos fysioterapeuten. De fleste behandlingsformer synes å ha midlertidige, eller liten effekt (Mengshoel 2005).

Mens medisinske undersøkelser ikke er egnet til å identifisere relevante funn er det mange fysioterapeuter som hevder at det alltid er kliniske funn ved kroniske smertelidelser (Øvreberg 1997). Spørsmålet er i hvilken grad slike kliniske funn har gyldighet i forhold til medisins språk om hva som er gyldig / ikke gyldige (virkelig /ikke virkelig) og i forhold til krav som settes til dokumentasjon, i følge for eksempel evidensbasert forståelse.

### **1.7 Basal kroppskjennskap som fysioterapeutisk arbeidsmetode**

Videreutdanning i psykosomatisk-/psykiatrisk fysioterapi, slik opplegget var i 1997-2000, inneholdt to behandlingsmetoder, den ene var Basal Kroppskjennskap (BK) og den andre Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Jeg skal her presentere Basal Kroppskjennskap, som er den tilnærming jeg har benyttet i mine gruppebaserte behandlingsopplegg for kvinner med muskel- skjelettsmerter. BK bygger på teorier fra den franske bevegelsesterapeut Jacques Dropsy (Dropsy 1987, 1988), og har røtter til buddhistisk meditasjon. Dropsy har vært en viktig inspirasjonskilde for mange fysioterapeuter i Norge og Sverige. Utgangspunktet for hans bevegelseslære er det han selv formulerer som ”en dyptgående brist” i bevegelsesharmoni, som han mener er fremtredende for mennesker i vår kultur og vår tidsepoke. ”Uharmoniske” bevegelser blir av Dropsy karakterisert gjennom at de mangler en enhetlig koordinering, at de er urytmiske, og at de utføres med uhensiktsmessig bruk av muskelkraft, som veksler mellom en krampaktig intensitet og en passiv slapphet (Dropsy 1987, s.15). Han ser på dette som uttrykk for en persons mangelfulle utnyttelse av egne ressurser. Hans terapi har som mål å fremme bevegelsesharmoni, og ideen er at det å gjøre bevegelser slik han foreskriver og å arbeide i retning av en harmonisering av dem, vil kunne hente fram ”slumrende” ressurser hos den enkelte og føre til bedre helse.

Dropsy viser til en sammenheng mellom følelser og muskelspenninger og beskriver hvordan følelser hindres i å komme til uttrykk gjennom en muskulær ”blokkering”. ”Det betyr inte at kroppen inte deltar i sinnesrörelsen. För det första medför denna blockering av uttrykket alltid et kramptilstånd, som berättar om hvad som ligger bakom för den som är observant. Detta kramptilstånd är nemligen synligt för en yttre iakttagare och avslöjar den indre konflikten” (ibid. s. 42).

Temaer som balanse, pust og nærvær er sentrale innenfor BK. Skjærven beskriver dem som ”selve nøkkelen”, eller grunnpillarene, til å få til integrerte og koordinerte bevegelser. Hun

henviser til Dropsy som knytter disse tre faktorene til det å være, eller ”kunsten å være bevisst” (Skjærven 1999, s. 64). Dropsy skriver om det å ”ha et øye vendt innover mot sitt indre” som en måte å oppøve en økt bevissthet om seg selv, og skriver videre: ”Vi kan altså påstå att det är kroppens centrum som är det absolut bästa stället att placera vårt medvetande om oss själve i” (ibid. s 137). Han hevder videre at det i praksis ikke er mulig å skille faktorer som pust, balanse og mentalt nærvær fra hverandre, men at det i en læringssituasjon kan være hensiktsmessig å belyse faktorene hver for seg. Dropsy karakteriserer bevegelser som et forhold mellom det å være og det å relatere seg, som betyr at mennesket lever i et forhold mellom det å være bevisst om seg selv og det å relatere seg utad mot omgivelsene og andre mennesker. Under behandlingen blir dette formulert som å ”ha et øye vendt inn mot seg selv og et øye ut mot omgivelsene”.

### **1.7.1 Balanse, pust og nærvær**

Balanse, pust og nærvær er sentrale temaer innenfor psykomotorisk fysioterapi generelt, men temaene omtales noe ulikt og vektlegges forskjellig innenfor de to ”metodene”. Jeg vil i neste kapittel utdype betydningen av disse temaene innenfor en ”psykomotorisk” forståelse, men viser først og fremst til hvordan de er beskrevet innenfor BK.

#### *Balanse*

Kroppens balanse er sentralt i fysioterapi generelt. Innenfor BK knyttes denne dimensjonen til i hvilken grad kroppen er balansert rundt en tenkt ”midtløje”, som går fra toppen av issen og loddrett gjennom kroppen. Denne midtløjen viser til kroppsholdning, og i hvilken grad det ene kropps-segmentet kan hvile på det underliggende, og om kroppen har mulighet til å gi etter for tyngdekraften og ta imot støtte fra underlaget. Kroppens kontakt med underlaget er en sentral faktor i forhold til kroppens balanse.

Det å kunne ”gi etter” for tyngdekraften vil kunne stimulere kroppens holdningsmuskler. Dette er muskler som er ”laget” for å holde kroppen oppreist, og som derfor gjør det med ”letthet”. Holdningsmuskulaturen kan sies å gi kroppen en slags indre støtte, og en god ”indre støtte” er en forutsetning for fri pust og det å bevege seg med minst mulig anstrengelse (Skjærven 1999, s. 65).



Innenfor den psykomotoriske fysioterapitradisjonen er ”bevegelig balanse” sentralt. ”Bevegelig balanse” viser til en tilstand der kroppen ikke er oppstrammet og stiv, men fleksibel, bevegelig og stødig. Kroppens balanse omtales gjerne i forbindelse med kroppsholdning.

### *Pust*

Pust og bevegelser er sentralt innenfor BK, og behandlingen har som mål å utvikle større ”frihet for pusten”. Pust og balanse forstås som forhold flettet inn i hverandre, hvor begge utgjør hverandres betingelser, og hvor det å arbeide med kroppens balanse også er ment å skulle innvirke på pusten - og motsatt. Pusten kjennetegnes blant annet ved at den er både viljestyrt og ikke viljestyrt. Et menneske kan kontrollere pusten, gjennom å bremse den og holde den en stund, men det kan ikke stoppe å puste. En fri pust betyr å la pusten finne sin egen rytme uten å holde den, eller kontrollere den, og personens evne til å ha en fri og åpen oppmerksomheten anses å være viktig for dette (Skjærven 1999, s. 67).

Frihet i pusten, eller det å kunne samarbeide med den og ikke låse den, er en forutsetning for å kunne bevege seg med minst mulig anstrengelse. Pustens nære forbindelse mellom muskelspenninger og følelser står sentralt innenfor begge behandlingstradisjonene, og pusten regnes også som et barometer for hvordan pasienten har det under behandlingen, og er en ”rettesnor” for hvordan terapeuten forholder seg.

### *Nærvær*

I BK knyttes begrepet nærvær til hvordan en persons evner å ”ta inn” eller være bevisst hele kroppen som en funksjonell helhet (Skjærven 1999, s 69). Kroppens sentrum er beskrevet som kroppens bevegelsesentrum, som fysisk er plassert i nivå med mellomgulvet, mellom ribbeinene og navlen. Dette sentrum omtales ofte innen BK- tradisjonen som et sentralt utkikkspunkt til ens eget indre rom. Ved å være mentalt tilstede, eller oppmerksom, på kroppens sentrum kan en person oppleve en tilstand av å være sentrert, noe som beskrives som et utgangspunkt for å kunne være bevisst, stabil og fri i kontakten med seg selv (Skjærven, ibid).

Innenfor den psykomotoriske tradisjon omtales også nærvær som tilstedeværelse og deltakelse. Her tenkes det at terapeutens oppgave er å hjelpe pasienten til tilstedeværelse gjennom å påpeke sammenhenger mellom kropp og opplevelser (Thornquist 1986, s. 92).

### **1.7.2 BK- øvelser og teoretisk ”ståsted”**

BK tar, som nevnt, utgangspunkt i Dropsy’s teori som beskriver menneskets eksistens gjennom fire ulike dimensjoner; et fysisk/strukturelt, et fysiologisk, et psykologisk /relasjonelt og det som er særegent for mennesket. Den siste dimensjonen benevnes noe forskjellig, men ofte som eksistensielt, eller også som menneskelig bevissthet (Skatteboe 2000, Skjærven 1999). I BK er øvelsene ment å være et slags redskap, eller en måte å arbeide med seg selv, for å bli mer bevisst på seg selv som kropp. Hensikten er å inkludere kroppen i personens totale ”identitetsopplevelse”. Øvelsene er slik sett ment å ha en slags ”overføringsverdi”, fra å ha et utgangspunkt i den fysiske kroppen (øvelsens struktur) til å gjelde, eller omfatte det hele mennesket. Dette innebærer, slik jeg forstår det, at det å arbeide med kroppens balanse og pust vil kunne få betydning for menneskets ”bevissthet” om seg selv og sin måte å være i verden på.

### **1.7.3 Refleksjon omkring bruk av BK i forhold til langvarige muskelsmerter**

Fysioterapeuter foretar alltid en undersøkelse av pasientene, og det er vanlig å se pasienters smerter i sammenheng med ”funn”, for eksempel gjennom å se at smerter i nakke og skuldre, eller rygg, kan ha sammenheng med kroppens balanse- og tyngdeforhold. Fra mitt perspektiv synes det som om mange pasienter med smerteproblematikk, det være seg kvinner eller menn, ofte befinner seg i en tilstand av å ”holde litt på seg selv”. Noen ganger får jeg inntrykk av at pasienten ”ligger som på nåler”, eller ”står som på tynn is”. Jeg får også ofte inntrykk av en kropp med et litt høyt ”tyngdepunkt”, og mener med det et tyngdepunkt som synes forskjøvet fra magen og opp i brystkassen. I min praksis har jeg derfor vært opptatt av pasienters forhold til underlaget, og betydningen av å kunne slippe til sin egen kroppsvekt. Jeg har tenkt at ”tyngden må ned” før pasienten har mulighet til å ”senke skuldrene”.

Jeg har også sett betydningen av at pasientene får mulighet til å være oppmerksomme på seg selv, egen kropp, for å få tilgang til egne erfaringer. Mange pasienter som kommer til meg uttrykker et slags ”distansert” forhold til egen kropp og formidler ofte at de betrakter den litt ”maskinelt”. Jeg hører ofte utsagn som ”jeg har egentlig aldri kjent etter, men bare kjørt på”. Mange formidler også at de forbinder vondt i nakken med at det foreligger en ”feil” i nakken, hvis de i det hele tatt har tenkt over det. Det har derfor vært sentralt for meg som fysioterapeut å tilby en form for behandling som kan gi pasienten anledning til å erfare kroppen på nye

måter. Det innebærer å inkludere kroppen i egen erfaringsverden som noe mer enn muskler og ledd.

Pasienter med langvarige muskelsmerter beskriver ofte sin situasjon som en tilstand hvor de ikke lenger forstår seg selv. De forteller for eksempel at ”kroppen har tatt styringen”, og at de ikke kjenner seg selv igjen. Min forståelse som fysioterapeut har vært at pasienten, gjennom å oppdage kroppen på nye måter, kan vinne nye innsikter om seg selv, og dermed også ha mulighet til å utvikle ny forståelse om seg selv.

#### **1.7.4 Forskning på bruk av BK i behandling**

Det finnes noen studier der BK`s effekt er undersøkt. Blant annet har Klingberg-Olsson m.fl. (2000) gjennomført en studie av et behandlingsopplegg med Basal Kroppskjennskap og samtale i gruppe for kvinnelige pasienter med smerte- og spenningsproblematikk. Opplegget ble utført som et samarbeidsprosjekt mellom fysioterapeut og psykolog, og det ble gjennomført i primærhelsetjenesten. I alt 30 pasienter, fordelt på fem grupper, fullførte behandlingen. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 37. Behandlingen ble gitt en gang i uka, og varte til sammen 3 timer, med lik fordeling av tid på BK og på samtaleterapi. En gruppe hadde 24 behandlinger, mens de øvrige hadde 12.

Denne studien var ment å gi svar på om det var mulig å få til forandringer i retning av økt kontakt med egen kropp, styrket følelse av kontroll over eget liv og mindre smerter.

Metoden som er brukt er basert på ulike tester hvor pasientene blir bedt om å skalere egne erfaringer i forhold til grad av smerte, i forhold til å gjenkjenne, sette ord på og å uttrykke egne følelser og hvordan de opplever egen mulighet til å påvirke sin smerte og andre symptomer. Det ble også foretatt en undersøkelse av deltakerne i forhold til grad av bevegelsesfrihet, hvor en bestemt undersøkelsesmetode (BARS) ble benyttet. BARS er en fysioterapeutisk undersøkelsesmetode som blant annet retter seg mot observasjoner av pasienters bevegelser, hvordan pasienten selv beskriver egne erfaringer og pasientens egen refleksjon rundt det som erfares (Skatteboe 2000). Resultatene viste at deltakerne hadde forbedret sine ”verdier” i forhold til alle testene, og konklusjonen var at de hadde forbedret sine muligheter til å påvirke egen situasjon og at de også opplevde å ha mindre smerter.

Gustavsson (2004) presenterer en oppfølgingsstudie av 16 kvinnelige pasienter som ett år tidligere har deltatt i et 12 uker omfattende og daglig rehabiliteringsprogram bestående av undervisning, gruppesamtaler og fysioterapi med Basal Kroppskjennskap. Semi-strukturerte intervjuer ble brukt som metode. Resultatene viser hvordan behandlingen hadde bidratt til å endre pasientenes syn på seg selv ("from shame to respect"), og hvordan endret forhold til egen kropp hadde ført til at de ble bedre i stand til å ivarta egne behov og å sette grenser for seg selv. Dette var forhold som ett år etter behandling hadde vedvart. Pasientene pekte imidlertid på hvordan forhold på arbeidsplassen gjorde det vanskelig å ta i bruk nye handlingsstrategier, som kunne ha fått betydning for deres "helingsprosess". De som var i arbeid opplevde arbeidssituasjonen som stressende, de som var sykmeldte opplevde situasjonen som belastende, og de som var uten arbeid opplevde dette som isolerende.

### **1.8 Foreløpig oppsummering**

Kroniske smerter rammer flere kvinner enn menn, og det mangler gode helsetilbud for denne pasientgruppen. En offentlig utredning viser til et manglende kjønnsperspektiv i forskning på dette feltet (NOU 1999:13). Et gruppebasert behandlingstilbud som jeg i samarbeidet med lege Sissel Steihaug har drevet i mange år har gitt positive resultater. I evalueringene som vi har foretatt har kvinnene gitt uttrykk for økt velvære, økt selvtillit og utvikling av nye handlingsstrategier (Steihaug 1994, 1996, 2001, 2002, 2005, 2007, Werner 2003). Andre studier av liknende behandlingsopplegg viser til samme resultater (Klingberg- Olsson 2000, Gustavsson 2002, 2004).

Utgangspunktet for denne oppgaven er det jeg har opplevd som en kontrast mellom resultater fra forskning, og det jeg selv har sett og hørt når jeg tilfeldigvis har truffet kvinnene igjen senere. Særlig har det slått meg at deres arbeidsførhet er uendret. Positive erfaringer som de beskrev i behandlingen kom ikke til uttrykk i våre tilfeldige samtaler. Jeg trodde det var fordi kvinnene kom sent til behandling, og fordi det var manglende samarbeid mellom sentrale personer rundt pasienten når hun var sykmeldt. For at kvinnene skulle få større mulighet til å overføre erfaringer fra behandlingen, utviklet jeg et rehabiliteringsprosjekt med vekt på samarbeid mellom instanser rundt hver enkelt deltaker.

Behandlingstilbudet som kvinnene deltar i består av bevegelsestrening kombinert med undervisning (om smertefysiologi, anatomi, stress, sammenhenger mellom "kropp" og "liv" og "kvinnerollen"). Undervisningen er kombinert med samtale. Treningen består av øvelser fra Basal Kroppskjennskap (BK), som er en fysioterapeutisk arbeidsform. Jeg har beskrevet

BK's teoretiske ståsted, som blant annet fremhever det å øke deltakernes bevissthet om egen kropp og å forsøke å oppnå et mer "avspent" bevegelsesmønster. Min begrunnelse for valg av behandlingsform er at øvelsene vektlegger det å erfare forhold som egen kroppsvekt og pust, og at jeg anser dette som en måte å få nye innsikter i seg selv. Jeg tenker også at det å kunne gi etter for egen vekt er en forutsetning for å kunne "senke skuldrene".

Selv om behandlingen gjennom dette prosjektet er forsøkt satt i en større sammenheng, vil fokus for oppgaven allikevel være behandlingsopplegget og det spesielle ved denne situasjonen. Med bakgrunn i tidligere "positive" resultater, er formålet med oppgaven å belyse hvordan deltakerne beskriver egne erfaringer under behandlingen.

## **2. Teori**

Jeg har valgt å trekke inn teori som grunnleggende sett ser mennesket og dets omgivelser som en relasjon. En grunn til dette er at jeg gjennom årene med behandling av kvinner med muskel-/ skjelettplager har blitt opptatt av hvordan deres erfaringer gjøres og skapes i sammenheng med omgivelsene og den situasjonen de befinner seg i. Et begrep som livsverden, hentet fra et fenomenologisk perspektiv, er derfor relevant. Likeledes teori om kroppen som levd og erfart, slik blant annet filosofen Merleau-Ponty har brukt disse begrepene i sin kroppsfilosofi. Jeg trekker inn noe fra Merleau-Ponty's teori om språk for å belyse sammenhenger mellom kropp og språk og hvordan bevegelser også er en kommunikasjonsform mennesker imellom. Sentralt i denne oppgaven er situasjonsbegrepet, som jeg har valgt å hente fra filosofen og feministen Simone de Beauvoir. På den måten forsøker jeg også å trekke inn begrepet "levd erfaring" og å knytte dette begrepet til betydning av kjønn. Jeg starter med å presentere sider ved livsverdenbegrepet og støtter meg særlig på Jan Bengtssons bok "Med livsverden som grund" (1999).

### **2.1 Livsverden**

Livsverden er et sentralt begrep innen fenomenologisk filosofi. Fenomenologien har en lang og omfattende tradisjon med flere ulike retninger. Jeg skal her presentere noen deler av fenomenologien som vil kunne ha betydning for forståelse av kvinnes erfaringer i denne behandlingssituasjonen.

Edmund Husserl (1859-1938) regnes for å være den filosofen som har gjort livsverdenbegrepet betydningsfullt for moderne filosofi og kunnskapsteori. Han kritiserer blant annet vitenskapen, som gjennom det å "objektivisere" verden også fjerner seg fra den, og dermed får liten betydning for menneskers liv. Den verden hvor mennesker lever sine liv (livsverden) eksisterer ikke som en verden "for seg", men som en verden slik den oppleves for en konkret person. Livsverden er en sammensatt og kompleks verden, og det som erfares har mening for oss, fordi det erfares i sammenheng med noe annet (Bengtsson, 1999, s. 18). Mye av det som skjer i behandlingsrommet hos fysioterapeut, som for eksempel ligge på en benk, gjøre bestemte bevegelser i et apparat eller bevege seg på en bestemt måte etter instruksjon fra en annen person, har mening nettopp på grunn av at det erfares i en bestemt sammenheng,

som allerede har en bestemt betydning. Livsverden er, i følge Husserl, en verden som også karakteriseres ved at den er noe vi tar for gitt og forholder oss til på en selvfølgelig måte. Livsverden foreligger med andre ord som noe vi kan forholde oss til uten å måtte reflektere over den, eller studere den nærmere (ibid.s.16).

Den verden som mennesket lever og forholder seg til er først og fremst en sosial verden. Livsverden blir dermed både en individuell verden slik den erfares for en bestemt person, og en felles verden som mennesker deler med hverandre. Det at mennesker også har en verden som er felles, og som vi på en selvfølgelig måte deler med andre, gjør det mulig å forholde oss til og kommunisere med hverandre. Livsverden er med andre ord tvetydig. Det betyr at den er en verden for meg, slik jeg ønsker å ta del i den. Jeg kan på forskjellige måter vise at jeg bryr meg om andre, og jeg kan engasjere meg i ulike aktiviteter. Samtidig vil fellesskapet og andre mennesker, ha betydning for hvordan jeg forstår meg selv og velger å utforme mitt liv.

Mennesket kan aldri "overskride" livsverden. Dette innebærer at vi aldri kan sette oss selv utenfor og reflektere helt "fritt" eller "åpent", som om vi ikke var knyttet til sted, rom og tid og andre mennesker. Det betyr at mennesket alltid er i en situasjon som innebærer bestemte forventninger og meninger. Jeg har for eksempel ofte fått høre av mine pasienter at de kan føle seg bundet i spesielle sammenhenger, og nevner ofte legekontoret i den forbindelse. Det at vi også er en del av en felles verden innebærer at det legges føringer for hvordan vi kan tenke og forstå oss selv.

## **2.2 Levd kropp**

Den franske filosofen Merleau-Ponty's (1907-1961) bidrag til livsverdenbegrepet er spesiell på grunn av den status han gir kroppen. Han sier at det som gjør det mulig for mennesket å forholde seg til, og delta i verden på en naturlig og selvfølgelig måte, er den bevissthet som kroppen har. Han sier at det er gjennom kroppen at jeg kan forstå andre mennesker og "ting". (Merleau-Ponty 2002, s. 216). Han gir med andre ord kroppen forrang når det gjelder menneskets forståelse og bevissthet, og sier at det er gjennom kroppen at mennesket "har verden". Det betyr at han ikke skiller mellom kropp og bevissthet, men tvert imot sier at bevissthet er noe kroppen har, og at bevissthet allerede foreligger i kroppen som noe den "kan" (ibid. s. 230). Det betyr at kroppen sanser og tar inn omgivelsene før vi selv har

reflektert over dem, slik som vi for eksempel kan fornemme en fare før vi har rukket å tenke over situasjonen. Det er denne kroppens bevissthet som også gjør at jeg med selvfølgelighet kan bevege meg i et rom, og for eksempel sette meg på en stol og drikke en kopp kaffe, uten å måtte tenke ut og nøye ”planlegge” hver bevegelse.

Merleau-Ponty sier også at vår erfaring av egen kropp er tvetydig. Det betyr at når jeg tenker om meg selv, eller forsøker å se meg selv, er jeg samtidig også del av det jeg forsøker å se. Derfor kan heller ikke kroppen reduseres til et objekt (ibid. s. 231). At kroppen er tvetydig betyr at den er et forhold til omgivelsene, og et forhold mellom væren og refleksjon (Engelsrud 2001, s. 106).

Merleau-Ponty viser hvordan en patologisk svekkelse berører hele bevisstheten. Det vil med andre ord si at når kroppen forandrer seg vil også vår bevissthet om, eller vår måte å ha verden på, forandre seg (Merleau-Ponty 1994, s. 90). Det betyr for eksempel at det å være i verden i en kropp som er stiv og smertefull, har betydning for hvordan vi forholder oss til andre og deltar i det som er en felles verden med andre. Kvinnene som tidligere har deltatt i behandlingsgruppene har ofte påpekt hvordan smerten blant annet fører til at de trekker seg vekk fra andre og ikke ønsker å delta i sosiale sammenhenger utenfor familien. Det å bevege seg i en kropp som er stiv vil også ha betydning for måten å delta i et samvær med andre.

### **2.3 Bevegelse som kommunikasjon**

Behandlingen som jeg har utformet går ut på at kvinnene utfører ulike bevegelser, men da i form av bestemte øvelser (BK-øvelser). Jeg vil beskrive dette nærmere i neste kapittel. BK-øvelser utføres på en bestemt måte etter instruksjon fra meg som fysioterapeut. Bevegelser som er utformet som ”øvelser” vil, i følge Merleau-Ponty, kunne karakteriseres som ”abstrakte” bevegelser. ”Abstrakte” bevegelser står i motsetning til det han betegner som ”konkrete” bevegelser. Konkrete bevegelser har mening. Det er bevegelser som retter seg mot noe i omgivelsene for å ta i bruk ”rommet”, eller tilknytte seg andre mennesker. Det er bevegelser som har en intensjon, som når jeg eksempelvis kler på meg om morgenen, eller strekker ut armen for å hilse på noen, eller lener meg fram for å gi noen en klem. Bevegelser er med andre ord også menneskets kommunikasjon med omgivelsene (Engelsrud, 2005).

”Abstrakte” bevegelser derimot, er bevegelser en person foretar seg uten at noe(n)s



tilstedeværelse i rommet har betydning for den handling som utføres. Merleau-Ponty sier: ”Jeg utfører en abstrakt bevegelse når jeg eksempelvis utfører en fleksjon av underarmen mot overarmen og samtidig en fleksjon av fingrene. Denne bevegelsen retter seg ikke mot noe(n) i verden, men mot min egen underarm. Min kropp som før var bevegelsens bærer blir nå bevegelsens mål” (1994, s. 58). Abstrakte bevegelser har ingen mening i seg selv. Bevegelser er, som sagt, menneskets kommunikasjon med omgivelsene, og kan derfor også sidestilles med språket.

## **2.4 Kroppen som uttrykk og tale**

Språket er sentralt for at mennesker skal kunne kommunisere med hverandre. Det er gjennom språket at jeg som forsker får tilgang til deltakernes erfaringer, og det er gjennom språket at deltakerne utveksler erfaringer med hverandre. At deltakerne språkliggjør og uttrykker egne erfaringer er noe som også anses viktig i behandlingen, fordi det er et ledd i det å utvikle kjennskap til seg selv. Merleau-Ponty viser hvordan språket ikke er en tanke, eller ”forestilling” som eksisterer ”for seg”. Språket har en mening, og er knyttet til en bestemt person som snakker. Merleau-Ponty knytter språket til et ”talende subjekt”, en person som snakker, og påpeker samtidig at den som snakker alltid er henvendt til noen, med en viss betydning. ”What I communicate with primarily is not ”representations” or thought, but a speaking subject, with a certain style of being and with the ”world” at which he directs his aim” (Merleau-Ponty, s. 213). Det som formidles har en intensjon, og den jeg snakker med har betydning for hva jeg velger å fortelle. Den ”andre” vil med andre ord være reflektert i språket, og det jeg snakker om. Dette har betydning for å kunne forstå deltakernes erfaringer slik de velger å la dem komme til uttrykk.

Det å skulle uttrykke seg, eller sette ord på en tanke, kan være krevende og vanskelig. Det er ikke slik vi gjerne tror, at en tanke foreligger som noe ”indre” som eksisterer for seg selv uavhengig av verden rundt oss. Merleau-Ponty sier at det som får oss til å tro på at det foreligger tanker som eksisterer forut for uttrykket, er de tankene vi allerede har tenkt og satt ord på og som vi kan gjenkalle og gir oss et bilde av et indre liv. En ”ny” tanke, sier han, ”hentes” fra et ”tomrom” i bevisstheten, ”drevet fram” av et ønske en person har om å uttrykke noe spesielt (Merleau-Ponty, s. 113). Dette viser for eksempel hvor vanskelig det kan være å formidle nye erfaringer til andre.

Når kvinnene som deltar i behandlingsopplegget skal fortelle om nye erfaringer, må de våge å ta et ”skritt” fram, uten helt å vite hva de skal si. Det innebærer å se at språk og bevegelser har mening i en gitt situasjon, og er noe en person gjør for å knytte seg til omgivelsene. Dette betyr at deltakerne ikke snakker ”fritt” og ”åpent”, men med andre mennesker som har en spesiell betydning for dem. De har en intensjon med det de forteller.

Når vi snakker med andre er vi imidlertid henvist til å bruke et felles språk. Dette språket består av ord som allerede har en bestemt betydning (Merleau-Ponty, s. 213). Det innebærer å se betydningen av å tilhøre en bestemt kultur hvor ordene allerede er tillagt en bestemt mening. Et eksempel på dette er ordet ”kropp”. I vår kultur har ”kropp” en bestemt betydning og blir gjerne definert og forstått som noe fysisk og psykisk. Dette er en forståelse som deltakerne, gjennom å være tilknyttet en bestemt kultur, selv er henvist til å tenke innenfor og å forholde seg til. Dette legger føringer for hvordan de kan tenke om seg selv.

Det at kroppen er tvetydig og i relasjon til omgivelsene, betyr at behandlingskonteksten vil ha betydning for hvordan deltakerne erfarer behandlingen.

## **2.5 Levd erfaring**

Situasjonsbegrepet er viktig når man skal forstå kvinnes erfaringer. Simone de Beauvoir, blant flere, peker på at en situasjon ikke er noe som foreligger utenfor en person, som en situasjon for seg. En situasjon er alltid relatert til et subjekt, og det er hvordan personen forstår og forholder seg til situasjonen som får betydning for hvordan de erfarer egen kropp (Moi 1998, s. 98). Dette betyr for eksempel at en behandlingssituasjon ikke kan fremlegges, eller studeres, som om den var en situasjon for seg. Den er en situasjon for *noen* og får betydning gjennom den mening personene som deltar ilegger den. Det betyr også at hva pasienten erfarer i egen kropp, avhenger av hvordan hun forholder seg til det som skjer i behandlingssituasjonen. Dette er igjen avhengig av hva slags ”prosjekt” pasienten har i denne situasjonen. Et prosjekt kan beskrives som den hensikt, eller intensjon, pasienten har med behandlingen, eller også hva hun selv ønsker å utrette der.

Hvordan en person møter og forholder seg til en situasjon er avhengig av deres tidligere ”møter” med verden. Simone de Beauvoir trekker inn ”levd erfaring” og beskriver dette begrepet som totaliteten av en persons subjektivitet. Levd erfaring er den måten et individ gir

mening til sin situasjon og sine handlinger (Moi 1998 s. 96). Hvordan vi oppdras som barn har for eksempel betydning for hvordan vi forstår og forholder oss til andre. Hvordan vi oppdras til å være kvinner har også det. Moi hevder at hver kvinnes erfaring med egen kropp vil være uløselig forbundet med hennes ”prosjekter” i verden, om hun forsøker å utvide seg selv og sin horisont, eller leve sitt liv som ”bundet” kvinne (Beauvoir 2000, s. 47). Overført til behandlingssituasjonen vil dette kunne bety at det kvinnene erfarer vil være forskjellig ut fra hvordan de forholder seg til det som skjer her.

## **2.6 Oppsummering av oppgavens teori**

Livsverden som et perspektiv innebærer å se at det deltakerne erfarer under behandlingen både er individuelt og forskjellig, samtidig som deres erfaringer også relaterer seg til noe som er allment og felles. Et slikt perspektiv peker blant annet på med hvilken selvfølgelighet mennesker forholder seg og handlinger innenfor egen livsverden. Teori hentet fra Merleau-Ponty (1994, 2002) viser at menneskers selvfølgelige måte å være og bevege seg på, er basert på den bevissthet kroppen har til omgivelsene. Kroppen er relasjonell og kommunikativ. Det innebærer å forstå bevegelser som menneskers kommunikasjon med omgivelsene. Dette gir perspektiver på ”øvelser” og bevegelser innenfor fysioterapibehandling. Sentralt for å forstå kvinnenes erfaringer er også Merleau-Ponty’s teori om språk. Hans teori understreker at det å sette ord på tanken har betydning i forhold til å kunne forstå seg selv. Han påpeker også at ”taleren” har en intensjon med det som formidles, basert på et emosjonelt ønske om å uttrykke noe, og at mottakeren har betydning for hva som ønskes formidlet. Kvinnene beskriver ikke egne erfaringer ”fritt” og uavhengig. Deres budskap må tolkes i lys av den situasjonen de befinner seg i. Ved å trekke inn kroppens tvetydighet vises at kvinnene erfarer kroppen som et forhold mellom seg selv og omgivelsene. Her kommer også situasjonsbegrepet inn som et sentralt aspekt for å forstå kvinnenes erfaringer. Simone de Beauvoir (Moi, 1998) beskriver en situasjon som et forhold mellom kropp, og de prosjekter kvinnene har i situasjonen. Beauvoir’s *levd erfaring* er sentralt for å forstå at kvinnene forholder seg til ulike prosjekter også ut fra tidligere erfaringer, som blant annet har sammenheng med deres oppdragelse og rolle i samfunnet.

### **3. Konteksten for kvinnenenes erfaringer**

#### **3.1 Innledning**

I valget av teori har jeg lagt vekt på å velge perspektiver som gir meg mulighet til å se ”mine” kvinners erfaringer i sammenheng med omgivelsene og den situasjonen de befinner seg i. Behandlingssituasjonen er den situasjon ”mine” kvinner er i. I tillegg til at de også er i en situasjon utenfor det å være i behandling. Her vil jeg beskrive noe av det som vanligvis skjer i løpet av en behandlingstime med BK. Jeg presenterer et utvalg av øvelser som hører inn under denne arbeidsformen, da dette regnes som vesentlige sider av behandlingen.

#### **3.2 Innblikk i en behandlingstime**

Timen begynner alltid med at gruppedeltakerne legger seg på ryggen på matter på gulvet, mens jeg blir stående i rommet for å fortelle hva de skal gjøre. Deltakerne blir oppfordret til å lukke øynene og rette oppmerksomheten mot egen kropp og kroppens forhold til underlaget. Jeg legger vekt på å fortelle at det handler om å registrere situasjonen som den er nå, og ikke forsøke å ”rette” på den. Jeg sier også ofte at det ikke finnes en riktig eller feil måte å gjøre bevegelsene på. Deltakerne oppfordres til å ta hensyn til seg selv; avbryte hvis noe er ubehagelig, sette seg opp eller finne en annen stilling, eller gjøre bevegelser som de måtte føle behov for. Som avslutning på ”landingsøvelsen” legger deltakerne hendene på magen og følger med på egen pust. Mens deltakerne fortsatt ligger på ryggen, forteller jeg hvordan de kan utføre små bevegelser, som hovedsakelig går ut på å strekke seg i ulike retninger, langs ”midtlinsen” og ut fra ”sentrum”. Øvelsene har til hensikt å løse opp i spent muskulatur og også å frigjøre pusten. Deltakerne utfører også små bevegelser som legger vekt på å koordinere bevegelser og pust.

Etter å ha oppholdt seg en stund på gulvet setter deltakerne seg i en sirkel sammen med meg, og jeg viser og forteller hvordan de kan gjøre små bevegelser for å finne egen sittebalanse.

Innholdet videre består av ulike øvelser i stående stilling. Deltakerne plasserer seg i rommet med ansiktet rettet samme vei, og jeg står foran med ansiktet vendt mot dem. Herfra veileder

jeg i ulike bevegelser, samtidig som jeg selv utfører dem. Øvelsene har samme hensikt som de forrige; finne egen balanse og forsøke å ”gi etter” for egen tyngde.

Øvelser videre inkluderer bruk av armer (og ben), og har til hensikt å finne egen bevegelsesform og rytme og å bevege seg med minst mulig anstrengelse. Dette stiller krav til både balanse og pust. Av og til går jeg rundt til hver enkelt, mest for å bekrefte det de gjør, men også for å veilede om nye måter å utføre bevegelsene på.

Timen avsluttes med at alle går i en sirkel, hvor jeg gir trinnvis instruksjon i måte å gå på.

Innholdet i timene varierer noe. Av og til avsluttes timen med at deltakerne gir hverandre lett massasje, men stort sett forløper de omtrent som det jeg har skissert her.

Bevegelsene er de samme, og jeg sier ofte det samme fra gang til gang. Hensikten med det er å gjøre deltakerne kjent med øvelsene og gi mulighet for å utvide erfaringene fra gang til gang. Det tar tid å oppøve oppmerksomheten, og gjentakelser gir muligheter for nye ”oppdagelser”.

Den bevegelsestrening, som kvinnene deltok i varte 75 minutter og foregikk i en treningssal, mens undervisningen/samtalen, som varte 45 minutter, fant sted i et annet rom.

## **4. Materiale og metode**

### **4.1 Sammenheng mellom tema og metode**

I denne oppgaven vil jeg, som sagt, undersøke nærmere hvilke erfaringer noen kvinner gjorde ved å delta i dette bestemte behandlingsopplegget. Min interesse er knyttet til den mening deltakerne uttrykker og tillegger situasjonen, og på hvilken måte de forstår det som skjer i behandlingen. Valgene jeg har tatt i forhold til teori har også innflytelse på og betydning for valg av metode. Bengtsson skriver: "En livsvärldsansats innebär en forskning som är inriktad på att studera världen i sin fulla konkretion som den visar sig för lika konkret existerande människor. För detta krävs differentierade och sensitiva metoder som kan fånga den kvalitativa komplexitet" (Bengtsson 1999, s. 32). Bengtsson argumenterer for at en slik innstilling til forskning ikke fordrer bruk av en bestemt metode, men at den heller oppfordrer til metodisk kreativitet. Det legger et ansvar på forskeren, som ikke kan hvile på en ferdig metode, men "tvinges" til å redegjøre for hvordan resultatene er arbeidet fram. Forskning med utgangspunkt i et livsverdenperspektiv krever imidlertid en kvalitativ tilnærming (ibid. s. 32).

For å få innblikk i andre menneskers erfaringsverden må det finne sted et møte mellom forskeren og den som utforskes. Bengtsson henviser til Merleau-Ponty som sier at det er gjennom kommunikasjon og samhandling med andre at vi kan få tilgang til andre mennesker og ting i verden (ibid. s. 35). Som forsker møter jeg informantene i en behandlingssituasjon og i en rolle som fysioterapeut. Samhandling mellom oss skjer i et forhold mellom pasient og terapeut. Dette gir spesielle utfordringer til meg som forsker i forhold til å stille meg åpen for pasientens erfaringer.

### **4.2 Å forske på egen praksis, egen forforståelse**

Det å forske på egen praksis gir noen fordeler, men medfører også store utfordringer. Jeg er fysioterapeut og ansvarlig for behandlingsopplegget og på den måten kan det sies at jeg som forsker er en del av miljøet jeg studerer. Jeg deltar i situasjonen hvor erfaringene skapes og jeg deler noen erfaringer med de som skal utforskes i form av at vi er sammen om noe og gjør ting sammen. På den måten kan det derfor være lettere for meg å forstå meningen i deres uttalelser (Bengtsson 1999).

Det at deltakerne og jeg samhandler og kommuniserer innenfor roller som ”gruppedeltaker” og fysioterapeut, gir imidlertid noen føringer for måten det samhandles og kommuniseres på. Jeg opptrer i en fagrolle som jeg har tillært meg gjennom mange år som fysioterapeut. Mitt ”blikk”, mitt språk og min måte å forholde meg på er vaner jeg har glidd inn i og ofte ikke reflekterer over. Dette innebærer en ekstra utfordring til meg som forsker i forhold til å arbeide med egen forforståelse.

Deltakerne på sin side vil ”tilpasse” sine erfaringer (hva de velger å formidle) blant annet ut fra at de befinner seg i en behandlingssituasjon med meg som fysioterapeut og som ansvarlig for behandlingen. Det betyr at rammene for opplegget ikke bare innvirker på deres egne forventninger til hva de skal erfare, men også på hva de tenker at jeg forventer at de skal erfare og derfor antagelig på hva de velger å formidle. Det vil med andre ord si at en forsker med en annen bakgrunn og posisjon (for eksempel en annen deltaker) antagelig ville få tilgang til andre og kanskje også flere erfaringer enn det jeg får. På den annen side vil en annen forsker med en annen bakgrunn også være en slags ”fremmed” for de som skal utforskes, og en person som deltakerne kanskje vil velge å reservere seg overfor på en annen måte. Det vil med andre ord si at en annen forsker vil ”vinne” noe, men kanskje også ”miste” noe, som jeg har tilgang til gjennom min posisjon og bakgrunn.

Det samme gjelder med henblikk på hva jeg som fysioterapeut ser og hører. En person med en annen bakgrunn ville antagelig feste seg ved hendelser og uttalelser som jeg i kraft av yrke og posisjon tar-for-gitt, og derfor ikke i samme grad er i stand til å løfte fram. På en annen side vil jeg som fysioterapeut kanskje ha et fortrinn i forhold til å forstå meningsaspektet i kvinnenenes erfaringer i akkurat denne sammenhengen det her er snakk om.

For å få tilgang til deltakernes erfaringer under behandlingen har jeg valgt å bruke loggbøker, gruppeintervju og egne observasjoner.

### **4.3    Bruk av loggbøker**

Tidligere studier av egne behandlingsopplegg har stort sett vært basert på ulike former for samtaler med pasientene etter at opplegget er avsluttet. Da utformes samtalen som et intervju hvor pasienten i ettertid blir oppfordret til å beskrive ulike erfaringer og hendelser fra

opplegget og hvilket utbytte hun opplever å ha hatt. En slik situasjon tenker jeg i første rekke stimulerer fram deltakernes egne oppfatninger av hva de har erfart, (eller lært), i et ”etterpå” lys (Bengtsson 1999). Dessuten vil min tilstedeværelse som fysioterapeut, og leder for behandlingen ha stor innvirkning på hva deltakerne velger å formidle. I denne oppgaven har jeg hatt et ønske om å studere hva kvinnene erfarer underveis i behandlingen mens den pågår. Med bakgrunn i mine tidligere erfaringer om at deltakerne ikke gjerne snakker om egne erfaringer fra behandlingsrommet, valgte jeg å gi deltakerne mulighet til å uttrykke sine erfaringer gjennom å skrive loggbok. Min tanke var også at loggbok ville gi deltakerne et eget ”rom” for refleksjon, som ikke i like stor grad som under et intervju var preget av min, eller andres tilstedeværelse, og at jeg på den måten kunne bidra til å la kvinnes erfaringer komme fram på egne premisser, i større grad enn ved et intervju.

Jeg fikk inspirasjon til å bruke loggbok som kommunikasjonsform blant annet gjennom Schrivers forskningsprosjekt (2003). Hun benyttet loggbok som arbeidsform i et prosjekt som hadde som formål å belyse betydningen av blant annet refleksjon i forhold til pasienters læring av bevegelse. Schriver skriver at hensikten med loggboken er at den skal fungere som en kommunikasjonsform mellom pasient og fysioterapeut, og at den skal fungere som et refleksjonsredskap for begge (Schriver, s.194). Hun begrunner det siste med at loggboken på en måte tvinger den enkelte til å tenke over og merke seg egne erfaringer, og plukke ut noen situasjoner som mer vesentlige enn andre. I hennes form legger loggboken også opp til at den enkelte må sette de ulike erfaringer i sammenheng med det de allerede kan, eller vil kunne, og at den enkelte må bestemme hva som er viktig å arbeide videre med for egen del.

Jeg har tidligere redegjort for hvorfor jeg anser det som viktig at deltakerne blir seg bevisst egne erfaringer i behandlingssituasjonen. Engelsrud (2001, s. 107) understreker dette og legger til betydningen av at erfaringene bekreftes av fysioterapeuten, og hevder at det nettopp er gjennom tilgang til konkrete erfaringer at pasienten har mulighet for å lære noe, og å føle seg bedre eller verre. Tidligere erfaringer med behandlingsgrupper har vist at det i en gruppesituasjon kan være vanskelig å få tak i deltakernes erfaringer gjennom det at de helst snakker om ”andre ting”, eller velger å være tause. Hensikten med å bruke loggbok som arbeidsmetode var å gi deltakerne mulighet til å uttrykke egne erfaringer uten mange ”tilhørere”, samtidig som jeg ”tvinger” hver enkelt til å uttrykke seg på en eller annen måte.

Dessuten innebærer det å skulle skrive noe annet enn det å snakke. Johansen (2003,s.41) skriver at det å tenke er en form for språklig anstrengelse, og at det å skrive er å tenke på en



særlig anstrengende måte. Han sier videre at det ikke forholder seg slik (vi ofte tror) at vi skriver våre tanker ned eller ut, men heller det at tankene oppstår under selve anstrengelsen med å skrive. Det å snakke faller oss som regel naturlig og lett. Det å skrive, hvis vi virkelig anstrenger oss, er å tvinge tanken tydelig fram. Gjennom det å skrive loggbok blir deltakerne ”tvunget” til å reflektere over egne erfaringer, og jeg anser derfor loggboken å være nyttig ikke bare som forskningsmateriale, men også som læringsform. Som kommunikasjonsform vil loggboken kunne være nyttig i den grad terapeuten evner å gi en tilbakemelding på det som den enkelte har skrevet.

#### **4.3.1 Gjennomføring**

Før behandlingsstart fikk deltakerne utlevert hver sin kladdebok, og de ble etter hver behandlingstid oppfordret til å besvare ett og samme spørsmål som lød:

”Velg en aktivitet, opplevelse eller erfaring fra behandlingsopplegget i dag som har hatt betydning for deg og beskriv den.”

Deltakerne fikk utlevert spørsmålet skriftlig. Min begrunnelse for å konsentrere skrivingen om dette ene spørsmålet var at mange av deltakerne i utgangspunktet uttrykte en motvilje mot det å skulle skrive, og jeg ønsket derfor ikke å gjøre oppgaven ”for stor”. Min tanke var at jeg etter hvert skulle innføre spørsmål som ville stille ytterligere krav til det å reflektere rundt erfaringer. Slike spørsmål, som er i tråd med det Schriver benyttet, ville være å be deltakerne beskrive hvorfor de mente at erfaringen fikk betydning for dem og hvilken betydning erfaringen kunne ha for den situasjonen som de befant seg i på det aktuelle tidspunkt. Denne type spørsmål ble reist som en muntlig oppfordring fra meg underveis i behandlingsopplegget.

I begynnelsen av behandlingen ble deltakerne oppfordret til å skrive i loggbøkene etter at de var kommet hjem. Det valgte jeg fordi jeg ønsket at deltakerne skulle ha mulighet til å bruke tid på skrivingen, men også ut fra praktiske hensyn. Behandlingen hadde et tett program og liten tid til rådighet. Etter hvert valgte jeg allikevel å sette av tid til skrivingen etter timen med Basal Kroppkjennskap (og før timen med undervisning) slik at deltakerne fikk mulighet til å skrive i løpet av behandlingstiden. Dette gjorde jeg i samråd med deltakerne, fordi de ga uttrykk for at ”det ellers ikke ville bli gjort”. Jeg oppfordret dem allikevel også til å bruke loggboken hjemme og notere ned tanker som oppsto i forbindelse med det de erfarte under opplegget. Mot slutten av behandlingsopplegget ble deltakerne oppfordret til å skrive noe om

hvordan de opplevde det å skrive og hvilken betydning det hadde for dem at jeg skulle lese det de skrev.

#### **4.3.2 Forløp**

Mange deltakere ga uttrykk for at de opplevde det å skulle skrive loggbok som belastende, i form av å være ”enda en ting å huske på”. Det å skrive loggbok fikk derfor preg av å være ”nok en pålagt oppgave”. Fordi loggbøkene i denne sammenhengen også var av betydning for meg, hendte det at jeg også ”maste” litt i forhold til det å skrive. Loggbøkene ble levert til meg et par ganger i løpet av behandlingsperioden, og jeg ga en generell tilbakemelding til gruppen i form av å belyse enkelte temaer som flere av deltakerne hadde formidlet. Jeg skrev også tilbakemeldinger som jeg la ved hver loggbok.

#### **4.4 Gruppeintervju**

Malterud (2003) skriver at gruppeintervju kan være egnet hvis vi vil lære om en gruppe menneskers erfaringer med eksempelvis et behandlingsopplegg, som det jeg her skisserer. I denne studien ønsket jeg å foreta et gruppeintervju, først og fremst fordi jeg var usikker på hvor mye deltakerne ville skrive i loggbøkene og hva slags informasjon jeg ville kunne trekke ut av fra dem. Jeg hadde ingen erfaring med bruk av loggbok, verken som arbeidsredskap, eller som forskningsmateriale fra tidligere behandlingsopplegg. Dessuten ønsket jeg å gi de av deltakerne som uttrykte at de ikke likte å skrive, men heller ville snakke, en mulighet til å komme til orde. Jeg utformet noen spørsmål på forhånd, og spørsmålene var knyttet til temaer som deltakerne hadde skrevet om i sine loggbøker. Min tanke var at et gruppeintervju ville kunne gi rom for samtale, og at det kunne være lærerikt og stimulerende å tenke høyt sammen rundt det som mange hadde formidlet at de var opptatt av.

Gruppeintervjuene ble utført av meg umiddelbart etter siste behandling og foregikk i samme rom hvor vi vanligvis var samlet etter timen med BK. Samtalen ble tatt opp på lydbånd, og jeg transkriberte den tilnærmet ordrett like etter at det var foretatt.

#### **4.4.1 Gjennomføring**

Intervjuet ble av praktiske hensyn foretatt i etterkant av siste behandlingstime. Dette medførte en ekstra utfordring i forhold til å omstille meg fra en rolle til en annen; fra å være behandlende fysioterapeut som deltar i en situasjon, til å være forsker som skal studere situasjonen fra et perspektiv "utenfra". Det ble derfor vanskelig for meg å gripe fatt i og følge opp enkelte utsagn, fordi utsagnene der og da virket "kjente" for meg, og derfor umiddelbart ikke forekom meg å være noe jeg burde utforske nærmere.

Flere av deltakerne formidlet at en intervjusituasjon som denne var noe de gruet seg for, og som de helst så at de hadde sluppet. De likte ikke å snakke i en større gruppe. Intervjuet ble i stor grad styrt av meg i form av at jeg hadde formulert noen temaer som jeg ønsket at de skulle uttale seg om (se intervjuguide). Dette var ikke temaer deltakerne fant det lett å snakke om, og mange av kvinnene sa lite under intervjuet.

#### **4.5 Egne notater som datamateriale**

Jeg skrev også notater umiddelbart etter hver individuelle samtale som jeg hadde med deltakerne i for- og etterkant av behandlingsopplegget. Samtalen i forkant er nedtegnet slik jeg normalt skriver en journal, og den inneholder stort sett opplysninger om hvordan pasienten fremstiller sine plager for meg, hvor lenge hun har hatt sine plager, hva slags behandlinger hun tidligere har hatt og hennes erfaringer med dem, hennes familieforhold, arbeidssted og –forhold. Samtalen i etterkant er forsøkt nedtegnet som kvinnes historier, der de har hatt en historie å fortelle. Underveis i prosjektet noterte jeg etter hver behandling hendelser og situasjoner som jeg spesielt hadde merket meg.

#### **4.6 Rekruttering og presentasjon av deltakerne**

##### **4.6.1 Referansegruppe og informasjon**

I forbindelse med prosjektet ble det opprettet en referansegruppe, bestående av bydelens attføringskonsulent, noen enhetsledere, en representant fra strategisk ledelse, hovedvernombudet, en tillitsvalgt og meg selv. Referansegruppen var ment å skulle være mitt rådgivende organ, ansvarlig for igangsetting av prosjektet og framdriften av det.

Referansegruppen var også mitt nettverk for å nå de ansatte og deres ledere. Avdelingsledere informerte ansatte i sine avdelinger. Hvordan den enkelte avdelingsleder valgte å bringe informasjon videre varierte, og dette har jeg kjennskap til bare gjennom hva de ansatte fortalte meg. Noen avdelingsledere ga en generell informasjon til alle i avdelingen, og de som var interessert tok selv kontakt med meg. Andre ansatte fikk en spesiell henvendelse fra sin leder med en oppfordring om å ta kontakt med meg. Deltakerne tok selv kontakt og alle som meldte sin interesse møtte meg for en samtale. I alt 19 kvinner møtte opp til samtale, og 13 av dem begynte i behandlingsgruppe.

#### **4.6.2 Gruppedeltakere**

Jeg valgte å opprette 2 grupper, med 10 deltakere i den ene og 6 i den andre.

Kvinnerens alder var mellom 30 og 56 år, med en gjennomsnittlig alder på 42 år.

Fire kvinner hadde høyskoleutdanning, de andre var fagutdannet og noen var ufaglærte. De fleste hadde yrker innenfor omsorgssektoren; hjemmetjeneste, barnehage og sykehjem. Fem deltakere var ikke sykmeldte på det tidspunkt prosjektet startet, men hadde tidligere vært det i ulik grad. Fire kvinner hadde vært sykmeldt i lang tid og var på ”rehabilitering”, og syv kvinner var delvis, eller aktivt, sykmeldt. De fleste av deltakerne arbeidet i 100% stilling. De andre hadde noe redusert stilling, med 50% som det laveste.

Alle deltakerne hadde hatt muskel- og leddsmerter med varierende utbredelse i mange år, uten at medisinske undersøkelser kunne gi noen forklaring på smertene. De fleste gruppedeltakerne hadde tidligere erfaringer med behandlinger både hos fysioterapeut og kiropraktor, og noen gikk jevnlig til fysikalsk behandling, også mens behandlingsgruppene pågikk.

#### **4.7 Etiske refleksjoner**

Prosjektet ble forelagt Regional Komité for Medisinsk Forskningsetikk (REK 1), som ikke fant det nødvendig å behandle søknaden, fordi det hadde utgangspunkt i et allerede etablert behandlingsopplegg. REK vurderte prosjektet som kvalitetssikring av behandling.

Prosjektet ble godkjent av personvernombudet. Deltakerne har gitt informert samtykke til å delta i studien (se vedlegg), hvor de også ble informert om muligheten for å trekke seg underveis.

Informantene har delt sine erfaringer med meg, og jeg har derfor et ansvar for at deres opplysninger blir behandlet på en respektfull måte. Selv om jeg ønsker å få fram deltakernes erfaringer nært opptil hvordan de selv beskriver dem, er det jeg som forsker som bearbeider materialet og setter deres utsagn inn i en forskningssammenheng, og dermed har ansvar for hvordan resultatene presenteres. Det er mitt ansvar å presentere resultatene slik at det ikke er mulig for andre å gjenkjenne enkeltpersoner i prosjektet (Kvale 2001). Dette har jeg forsøkt ivarettatt ved å diskutere underveis resultater med andre personer, både personer som har kjennskap til behandlingen, og andre som ikke har det. Anonymisering har jeg forholdt meg til ved å bruke ”noen” og ”mange” og ”flere”, og ikke være spesifikk på å beskrive hvilke deltakere som sier hva.

## **4.8 Gjennomføring av behandlingsopplegget og rehabiliteringsprosjektet**

### **4.8.1 Behandlingsopplegget**

To deltakere sluttet fordi de ikke likte opplegget. En deltaker hadde mye fravær og fikk derfor lite ut av behandlingen. Tretten deltakere gjennomførte behandlingsopplegget med jevnt godt frammøte, og alle leverte loggbøker ved behandlingsslutt. Ni kvinner deltok under gruppeintervjuet.

Gruppe 1 ble ledet av Sissel Steihaug og meg i samarbeid. Behandlingsopplegget for denne gruppen varte i 7 måneder, og gruppen var samlet 26 ganger.

Gruppe 2 ble ledet av meg alene. Den ble opprettet som følge av at noen svært interesserte kvinner meldte seg etter at den første gruppen var fulltegnet. Oppstarten av denne gruppen kom imidlertid ikke i gang før senere, og behandlingen varte derfor i 4 måneder. Deltakerne i denne gruppen hadde totalt 14 behandlinger. Jeg har valgt å legge til grunn materiale fra begge gruppene.

## **4.8.2 Rehabiliteringsprosjektet**

### **4.8.2.1 Møte med ansatte som meldte sin interesse**

Kvinnene reagerte forskjellig på å få et behandlingstilbud presentert fra sin leder. Noen synes det var en ”gavepakke” og meldte raskt sin interesse. Andre var skeptiske, og tok kontakt med meg fordi de følte seg ”presset” til det. De sa at de var redd for å bli ”stemplet” som ”en-som-ikke-gjorde-nok-for-å-bli-frisk” hvis de ikke tok kontakt. Mange av disse kvinnene begynte i behandlingsopplegget, mens noen valgte å takke nei.

Noen av kvinnene som ble henvist var på samme tidspunkt under medisinsk utredning, og de ønsket ikke å delta i opplegget. Noen kvinner følte seg provosert av innholdet i behandlingsopplegget slik det ble presentert for dem, og begynte derfor ikke. De ga uttrykk for at dette ikke var å ta deres smerte på alvor. Den planen som jeg i utgangspunktet hadde om å ”komme inn ” på et tidligere tidspunkt i sykdomsforløpet viste seg derfor å være vanskelig å gjennomføre. De kvinnene som jeg kom i kontakt med, og som ikke hadde hatt smerter ”lenge”, var ikke interessert i opplegget. De befant seg i en situasjon hvor de ventet på medisinske utredninger, og de sa de ville avvente situasjonen til de fikk ”svar” på prøvene.

### **4.8.2.2 Individuelle samarbeidsmøter**

En hensikt med prosjektet var, som tidligere nevnt, å opprette individuelle samarbeidsmøter rundt den enkelte. Mange leger sa at de ikke var interessert, eller ikke hadde tid. Deltakerne selv forholdt seg noe reservert da dette temaet ble tatt opp. De stilte seg spørrende til hvordan slike møter ville bli ”seende ut”. De trodde dessuten ikke at legen ville være særlig interessert. Noen arbeidsgivere viste interesse og tok selv initiativ til samarbeid. Det å skulle samle alle ”parter” til en felles samtale ble imidlertid en for tung og vanskelig oppgave, og møtene ble det derfor ikke noe av.

## **4.9 Bakgrunn og redegjørelse for analysen**

Jeg har arbeidet med materialet ut fra hvilke temaer deltakerne har valgt å skrive om i loggbøkene. Først trakk jeg ut sentrale temaer fra hver loggbok, og deretter sammenholdt jeg alle loggbøkene for å finne hvilke temaer som syntes å være viktige for flere deltakere. Temaer som jeg på dette tidspunktet merket meg var: ”øvelsene”, ”vanskelig å slappe av”,

”smerter og stivhet”, ”riktig/galt”, ”ny bevissthet om kroppen”, ”samtale” og ”undervisning”. Disse temaene har blitt stående som et grunnlag videre i analysen.

Under arbeidet med analysen har jeg også brukt tid på å opparbeide avstand til materialet. Jeg var involvert i prosjektet på mange måter og var selv del av det ”dramaet” som utspilte seg, både i behandlingsrommet, men også i forhold til andre personer som jeg skulle samarbeide med. Det at jeg har hatt ansvar for tilbudet faglig sett, har formet min forståelse på flere måter. Særlig har mitt ønske om at deltakerne skal bli bedre av behandlingen hatt betydning for hvilke hendelser jeg festet meg ved, og hvordan jeg leste materialet. Jeg søkte blant annet etter utsagn hvor deltakerne sa noe om smerte, og jeg var opptatt av å finne om kvinnene hadde endret sin måte å beskrive smerten på.

I denne fasen hadde jeg behov for å diskutere med andre fysioterapeuter hvilke erfaringer de hadde fra liknende behandling. Hva hadde andre sett? Var ikke pasientene blitt noe bedre? Selv lurte jeg på om det kanskje var noe ”feil” ved min måte å utføre behandlingen på, eller også noe jeg ikke hadde sett.

For å komme videre i analysen var det også nødvendig for meg å studere teorien på ”nytt”. Fra Merleau-Pontys kroppsfilosofi hadde jeg festet meg ved kroppen som ikke reduserbar i ”kropp” og ”psyke”, og som ”stedet” for erfaring. Som en hjelp til å forstå deltakernes erfaringer valgte jeg å arbeide med å tilegne meg forståelse av teorier der kroppen ble forstått som tvetydig, kommunikativ og relasjonell og å skaffe meg et eget språk å skrive om dette på.

Etter hvert som jeg arbeidet med analysen kom også motsetninger fram i materialet. Dette ga en retning for analysen, og jeg arbeidet med materialet i lys av hva det kunne fortelle om deltakerens forhold til seg selv og til andre. På dette tidspunkt var det viktig for meg å drøfte funnene med andre som ikke var fysioterapeuter, men som hadde kjennskap til behandlingsopplegget.

Analysen er inspirert av Steinar Kvaales ”tolkningskontekster” der han omtaler at en analyse kan bestå av tre ”nivåer”. Ett nivå tilsvarende deltakernes selvforståelse, ett tilsvarende en kritisk forståelse av materialet og på siste nivå benyttes en teoretisk ramme for å tolke mening i et utsagn (2001, s. 144). Jeg følger imidlertid ikke hans anbefalinger fullt ut. Først beskriver jeg deltakernes erfaringer på et nivå som tilsvarende deres selvforståelse av temaet (jfr. Kvale).

Deretter tolker jeg kvinnenenes erfaringer utover det som er deres egen forståelse av emne, basert på kritisk lesing av materialet. Jeg trekker også inn og gjør bruk av den teorien jeg har valgt å ha med i oppgaven. Jeg trekker også inn noe teori fra Jacques Drosy for å markere motsetninger til oppgavens teori. Jeg starter avsnittene med selvforståelsesnivået og kommer deretter inn med tolkninger og teori uten at dette skilles skarpt i teksten. Jeg presenterer først deltakernes erfaringer i forhold til øvelsene. Deretter deres erfaringer i forhold til det samlede behandlingsopplegget.



## 5. Analyse

### 5.1 Innledning

I denne delen skal jeg presentere analysen av materialet. Jeg har valgt å organisere materialet om deltakernes erfaringer ut fra hvordan de belyser deres forhold til:

- 1) Kvinnerenes forhold til "Øvelsene"
- 2) Kvinnerenes forhold til "Behandlingsopplegget"

### 5.2 Kvinnerenes forhold til øvelsene

#### 5.2.1 Smerte og usikkerhet

Når jeg er i behandlingssituasjonen sammen med kvinnene er jeg opptatt av å formidle at det *ikke* finnes en "riktig" måte å gjøre bevegelsene på. Jeg påpeker at det er hva de selv erfarer når de beveger seg og utfører øvelsene som er det viktige. Selv om jeg tenker at en slik intensjon er tydelig fra min side, er det, særlig i starten, mange som allikevel uttrykker usikkerhet i forhold til om de gjør øvelsene *riktig*. Fordi dette er et stadig tilbakevendende tema har jeg sett det viktig å gå litt rundt til hver enkelt, og har merket at dette gjør dem sikrere på sin egen utførelse. Flere deltakere understreker betydningen av at fysioterapeuten holder et rolig tempo, ikke går for fort fram, og ikke har for mange øvelser i løpet av behandlingstimen. De skriver for eksempel: *Følte det gikk litt fort fram i dag. Usikker på om jeg gjør det riktig*, eller *Birgitte brukte god tid under øvelsene i dag, og det syns jeg er bra. Føler meg litt mer sikker på at det jeg gjør er riktig når hun går litt rundt og ser etter*, eller *Birgitte har fokus på hver enkelt av oss og rettleder oss. Det er bra. Det å bli "korrigert" på ting de gjør "feil" er også noe mange trekker fram som positivt, fordi de er opptatt av å gjøre bevegelsene riktig, eller få øvelsene til, som de også skriver. De er altså opptatt av å få konkret hjelp og rettleiding og ønsker seg mer av det.*

I loggbøkene skriver deltakerne mye om smerte. Noen ganger skriver de om smerter som er konstante og hele tiden merkbare uansett hva de foretar seg. Da opplever de at det er vanskelig å konsentrere seg om "det de skal gjøre". Ofte beskriver de hvor på kroppen smerten "sitter". Andre ganger skriver de om smerte i forbindelse med det å skulle utføre

bestemte bevegelser. De forteller for eksempel hvordan det å føre armene oppover, ut fra kroppen og til skulderhøyde får fram smerte i skuldrene, og hvordan stivhet i skuldrene eller ryggen er en årsak til at noen øvelser blir vanskelige å utføre. Smertene varierer, og flere legger vekt på at variasjon i smerte henger sammen med dagsformen. Noen dager beskrives som ”tunge”. Da sier de at det er tungt å bevege seg, vanskelig å konsentrere seg, og at de ”ikke får noe til”.

*Fikk vondt i venstre arm helt ned til håndleddet når jeg strakk ut fra midtlinjen.*

*I dag oppsto det smerter ved flere øvelser; strekken som vi gjør i liggende medførte smerter i korsryggen. Når vi sto låste det seg i skuldrene, og når vi skulle gå var korsryggen og skuldrene vonde.*

*Nakke, skulder og arm er forferdelig vonde. Det prikker og verker ned over hele armen til ytterst i fingrene.*

*Klarte ikke å konsentrere meg i dag, nakke, arm og skulderblad verket.*

*Var veldig stiv i kroppen, og det var tungt å gjøre øvelsene.*

Kvinnene har på ulike måter tatt hensyn til fysioterapeuten når de har skrevet i loggboken. Det ser ut til at de nærmest som en selvfølge har hatt fysioterapeutens antatte forventninger med seg når de har skrevet. Det kan også virke som at det de antar er fysioterapeutens perspektiv på dem, er viktigere enn det de selv merker i egen kropp. Noen sier for eksempel at de har forsøkt å ”sile” ut det som har med BK’en å gjøre, eller konsentrere seg om det de tror er av interesse for meg. Noen forteller også at det å skulle fortelle om ”alt”, ville ha blitt for mye, og også irrelevant i denne sammenhengen. Andre sier for eksempel at det å skrive umiddelbart etter treningen antagelig vil være mest nyttig for meg, for da husker de best og kan gjenfortelle mer nøyaktig hva de har erfart. Mange gir uttrykk for at det å skrive til meg ikke har vært vanskelig med hensyn til å være ærlig, eller åpen, men at de har vært usikre på om de har ”svart” på det jeg ”spør om”. Noen peker på at det å skrive om egne erfaringer er vanskelig i forhold til å få fram ”poenget”, og at det å formulere seg slik de har gjort i loggbøkene har blitt ”litt ensformig”. Det de har skrevet har heller ikke vært gyldig for hvordan de har hatt det, sier flere. En deltaker sier: *Noen ganger tenker jeg at jeg egentlig skriver litt av det samme. Noen ganger er det vanskelig å formidle det jeg opplever. Jeg syns at det å forklare hva jeg kjenner.... for eksempel øvelser på krakken.... blir annerledes enn når jeg skal forklare den rastløsheten ..eller at du ikke finner roen, balansen. I stedet blir det sånn: Da jeg strakk armen over hodet.....*

Andre sier at de *ikke* har tatt hensyn til mine forventninger når de har skrevet, men viser allikevel at de har gjort det, ved å fortelle at de har konsentrert seg om det de antar kan være ”nyttig” ut fra hva som kan hjelpe dem. Noen sier de ikke ønsker å skrive i det hele tatt, fordi det blir enda en ting å huske og forholde seg til, og de opplever at dette er noe de har nok av i dagliglivet.

De fleste sier at de foretrekker å snakke om egne erfaringer framfor å skrive om det i loggbøkene. Noen finner det imidlertid vanskelig å fremheve seg selv, det være seg muntlig eller skriftlig, og sier for eksempel at det kan bli i overkant mye ”navlebeskuing”. Andre beskriver seg selv mer som ikke ”flink til” å uttrykke egne tanker og følelser, og sier at det er mye som ”surrer i hodet”, men at de opplever det vanskelig å sette ord på, eller uttrykke, det de går og tenker på. Det å snakke om seg selv er også noe flere sier de ikke har behov for. De beskriver seg som bedre ”lyttere” enn ”formidlere”. De fleste sier imidlertid at de foretrekker å snakke om egne erfaringer, framfor å skrive, fordi de gjennom samtalen med andre opplever å få hjelp til å sette ord på egne erfaringer.

#### **5.2.1.1 Å forsøke å oppnå forståelse for sin situasjon**

##### *Usikkerhet til øvelsene*

Kvinnene deltar i behandlingsgruppen fordi de er sykmeldt fra arbeidslivet, og flere har gjentatte ganger vært sykmeldte. De sier at livet med smerte er slitsomt, og at det er vanskelig å klare hverdagen når andre, slik som familie, venner og arbeidsgiver, viser at de ikke forstår hvordan de har det. Noen forteller også at de stadig avlyser private avtaler fordi de ikke orker å være sammen med andre, eller også at de reserverer seg mot å gjøre avtaler på fritiden. Kvinnene forteller at de stadig får gode råd fra omgivelsene i forhold til hva de bør gjøre for å bli bedre. Å gå i behandling blir dermed ett tiltak pasienten kan gjøre i forhold til sin situasjon.

Deltakerne har et håp om at behandlingen kan lette litt på de plagene de har. Dette håpet plasseres av mange i ”øvelsene”. Det er det å utføre øvelsene som antas å være det som skal kunne gjøre at plagene ”letter”. ”Øvelsene” fremstår derfor som et sentralt tema i loggbøkene.

Kvinnene skriver mye om sine erfaringer med øvelsene og viser tydelig at de er opptatt av og forholder seg aktivt til denne delen av behandlingen.

Kvinnene uttrykker både en usikkerhet i forhold til egne erfaringer og et ønske om at fysioterapeuten skal bekrefte det de selv erfarer. Deres ønske om at fysioterapeuten skal bekrefte at de gjør øvelsene riktig kan være basert på en bestemt forståelse de har av det å gjøre øvelser. I fysioterapikulturen, i treningsopplegg og gymnastikkundervisning ellers i samfunnet, er "øvelser" et kjent fenomen. "Øvelser" forstås gjerne som bestemte bevegelser utført på en bestemt måte og med en hensikt å trene opp en del av, eller en kvalitet ved kroppen, som eksempelvis svak muskulatur (eksempelvis overarm og rygg). Øvelser er en form for spesifikk opptrening, hvor utformingen og gjennomføringen er viktig for å oppnå ønsket treningseffekt.

"Øvelser" kan, ifølge Merleau-Ponty, betraktes som "abstrakte" bevegelser. Det er bevegelser som ikke er meningsfulle i seg selv, men som ilegges mening gjennom å skape forventninger om en fremtidig effekt. Fysioterapeuten er en fagperson som vet noe om hvordan bevegelsene skal utføres for å oppnå ønsket "treningseffekt". Det kan hende at deltakerne forstår BK-øvelser som vanlige "treningsøvelser", og at dette er en grunn til at de ber om fysioterapeutens veiledning når de skal utføre dem. Veiledning og tilbakemeldinger fra meg blir i denne sammenheng viktig for deltakernes trygghet og tro på at de er på "rett vei" i forhold til håpet om å bli bedre. I denne behandlingen synes det som om deltakerne forstår at "hjelpen" er å finne i "treningsøvelsene", og at de derfor ser det som et "poeng" å få øvelsene til. Den forståelse som kvinnene viser kan med andre ord også være bygget på en antatt formening om at "hjelpen" er å finne i egen kropp, gjennom å endre noen "sider" ved den. Dette synes å være sammenfallende med den intensjonen som behandlingen har. Gjennom å utføre bestemte "øvelser" regelmessig, er det tenkt at deltakerne etter hvert skal oppnå en mer avspent kroppsholdning og bedre kvalitet på bevegelsene. Deltakernes forståelse kan derfor sies å være i overensstemmelse med de forventninger som ligger nedfelt i behandlingsopplegget. Det at deltakerne viser at de er opptatt av øvelsene og å få de til, kan med andre ord være basert på en allmenn oppfatning i samfunnet om "øvelser", og hva det er i fysioterapibehandling som "virker". Det kan imidlertid også være uttrykk for kvinnenens forhold til en bestemt situasjon, hvor de forsøker å tilpasse egne erfaringer til det som antas å være forventet av dem.

I følge de Beauvoir vil kvinnes erfaringer være uttrykk for deres "prosjekter" i behandlingssituasjonen, og følgelig også kunne ses i sammenheng med det å skulle tilpasse seg noens forventninger, eller dekke andres behov. Hva deltakerne blir opptatt av og beskriver som egne erfaringer, vil med andre ord være forskjellig ut fra hvordan de forholder seg til øvelsene. Hvis deres intensjon er å få "noe" til for egen del, for å forstå mer av seg selv, vil det de erfarer være annerledes enn om de forholder seg til "oppgaven" ut fra et tilpasningsbehov og et hensyn til andre. I det først tilfelle vil kvinnen kunne oppnå større frihet for seg selv. I det andre tilfellet derimot, forblir kvinnen "i seg selv", noe som ikke vil endre hennes eksistens (Beauvoir 2000, s. 47)

### *Forventninger til fysioterapeuten*

Kvinnene tillegger meg en høy kompetanse til å kunne vurdere om de gjør øvelsene riktig. Jeg på min side inntar ofte en rolle hvor jeg bekrefter denne forståelsen, både ved å vise at jeg "ser dem", og ved å vise at jeg har en formening om hvordan bevegelsene skal se ut. Jeg kommer for eksempel også med forslag til endringer på hvordan deltakerne kan utføre bevegelsene. Når jeg gir tilbakemeldinger, eller gjør "korrigeringer", forteller jeg samtidig at det er noen stillinger, eller bevegelser, som er "riktigere", eller mer hensiktsmessige enn andre. I dette forholdet blir jeg som fysioterapeut den som har kunnskap om kvinnes kropp og som vet best hva de bør erfare.

I dette forholdet synes også deltakers kropp å fremstå som et objekt, både for meg som fysioterapeut, men også for deltakerne selv, ved at de blir opptatt av hvordan deres egne bevegelser ser ut for meg. Dette innebærer å skape en slags avstand til seg selv, og medfører også en "avtand" til egne erfaringer i situasjonen. Deltakers egne erfaringer blir i denne sammenheng også mer en "sak" for fysioterapeuten. Dette gjenspeiler seg, som sagt, også i det kvinnene forteller. De sier at de har skrevet ut fra hva de antar er viktig for meg å vite noe om, med henblikk på å kunne forstå og hjelpe dem til å bli bedre. De gir på mange måter uttrykk for at det de skriver til meg ikke gir mening for egen del, og heller ikke er noe de er videre interessert i å reflektere over. Dette er noe de sier direkte, men også noe som viser seg for eksempel når deltakerne sitter sammen for samtale og undervisning. Til tross for flere oppfordringer fra oss som behandlere, viser kvinnene lite interesse for å snakke om erfaringer fra "treningen". Det kan synes som aktiviteter og erfaringer fra dette "treningsrommet" blir "saker for seg", eller, som tidligere nevnt, kanskje først og fremst "en sak" for

fysioterapeuten. Dette kan bety at kvinnene forholder seg til erfaringer i behandlingsrommet som om det ikke helt har med dem selv å gjøre.

At deltakerne synes å ha en slags distanse til det de erfarer, viser seg også som et misforhold mellom det de skriver, og det de gir uttrykk for, under selve behandlingen. Deltakerne skriver mye om smerter og ubehag, og deres loggbøker kan gi inntrykk av at behandlingen har vært slitsom og ubehagelig. Dette forteller de imidlertid ikke under selve behandlingstimen, og beskrivelsene i loggbøkene synes også i noen tilfeller å stå i kontrast til det jeg selv kunne observere. Dette misforholdet kan forklares ved å se at deltakerne har skrevet ut fra mine forventninger, og at smerter og ubehag på en måte legitimerer at de er i behandling. Det kan imidlertid også hende at deltakerne har latt være å gi uttrykk det de opplever som ubehagelig, fordi de ser det som et poeng å holde ut, og fordi de også er tilpasningsdyktige og ”flinke” kvinner. Dermed blir de også, som de Beauvoir sier, værende i seg selv, i stedet for å forsøke å overskride seg selv.

Deltakernes ønske om at fysioterapeuten skal bekrefte det de gjør kan med andre ord være uttrykk for deres forståelse av ”kroppen” og deres forventninger til fysioterapeutens kunnskap. Dette kan være uttrykk for hva deltakerne tror er ”virkningsfullt” i behandlingen.

### *Usikkerhet i forhold til andre*

Deltakerne beskriver egne erfaringer også ut fra en forståelse av at kroppen er en konkret og fysisk ”størrelse”, og noe de assosierer til muskler og ledd. Denne forståelsen av kroppen, og om hva som kan være ”virkosomt” i behandlingen, kan forklare hvorfor deltakerne har skrevet først og fremst av hensyn til hva de tror det for meg kan være interessant å vite om dem. Det å beskrive egne erfaringer gjennom for eksempel å ”peke på” steder på kroppen som er stive, eller smertefulle, er en vanlig måte å kommunisere med en fysioterapeut. Det har jeg selv erfaring med gjennom egen praksis med pasienter, men også i egenskap av å være fysioterapeut i samvær med familie, venner eller kollegaer. En slik henvendelse utløser ofte et svar hos meg i form av at jeg setter et annet ord på det pasienten forteller, eller også at jeg forklarer hva smerten kan skyldes. Når deltakerne velger å beskrive smerten og hvordan smerten gjør det vanskelig både å konsentrere seg om øvelsene og å få dem til, kan det være uttrykk for et behov for å skape forståelse hos meg som fysioterapeut.

Merleau-Ponty (1994, s.150) viser hvordan mennesket ikke først og fremst kommuniserer med "forestillinger" eller med en tanke, men med et talende subjekt, med en særlig værensstil og med den "verden", det er rettet mot. Deltakerne kommuniserer med andre ord til meg som fysioterapeut, med en helsefaglig bakgrunn, med kunnskap om deres kropp og med ansvar for den behandlingen som de deltar i. Merleau-Ponty skriver også at intensjonen med å sette ord på egne tanker og følelser ikke er basert på en tanke, men på et særlig "savn" som personen søker å bli avhjulpet hos en annen, som kan kjenne seg igjen i, eller forstå det som formidles gjennom at de deler en felles verden (ibid. s.150). Det kan bety at deltakerne kommuniserer til meg som fysioterapeut først og fremst ut fra et særskilt ønske om å bli forstått i den situasjonen de befinner seg i. Mange gir også uttrykk for at de i hverdagen savner forståelse fra omgivelsene.

Deltakerne viser at de er opptatt av øvelsene. De viser at de har tatt hensyn til fysioterapeuten i det de skriver, og de beskriver egne erfaringer på en måte som har til hensikt å skape forståelse hos meg. Dette kan være uttrykk for kvinnes måte å tilpasse seg en behandlingssituasjon, men kan også reflektere at det å tilpasse seg andres forventninger er noe de til vanlig gjør. Det å være svært opptatt av hva andre er ute etter, er noe mange kvinner kjenner seg igjen i, og noe som synes å være aktuelt for kvinnene som deltar i behandlingsgruppen. Det kan blant annet være en grunn til at mange ikke liker å snakke om seg selv, og at de anser seg som en bedre "lytter" enn "forteller".

Deltakernes "reservasjon" mot å skrive om egne erfaringer kan ses i sammenheng med det å være usikker på seg selv og opptatt av hva andre tenker om dem. Det kan også forklare hvorfor mange foretrekker å fortelle om seg selv under samtale med andre framfor det å skrive om seg selv. I møte med andre, eller under en samtale, har menneskene som møtes anledning til å "ta inn hverandre" og "kjenne seg fram til" hvilke temaer som er gyldige å snakke om. Dermed blir det også lettere å "tilpasse" egne uttalelser i forhold til andres forventninger. Når kvinnene skriver loggbok blir de på en måte "tvunget" til å stå tydelig fram som individer på egne premisser. Dette er noe mange av kvinnene reserverer seg mot, eller også beskriver å ha et angstfylt forhold til.

Det kan hende at kvinnene har etablert en særlig årvåkenhet for andres vurderinger gjennom mange møter med helsevesenet og det som de beskriver som en "kamp" for forståelse for sin situasjon. Det er også mulig at kvinnene i sitt liv har utviklet en sårbarhet i forhold til andres

”blikk” og kommentarer. Kvinner blir for eksempel ofte kommentert i forhold til sitt utseende og sin oppførsel. Hva andre tenker, og hvordan andre vurderer dem, får derfor større betydning og oppmerksomhet enn egne erfaringer og behov. Det å være spesielt opptatt av hva andre tenker om dem kan imidlertid også være noe kvinner blir opplært til gjennom sin oppdragelse, jfr. Simone de Beauvoir som sier at kvinne er noe en ”blir” sosialisert til. Ett av hennes poeng er at kvinnen er den ”andre”, og at mannen er gjort til norm for mennesket (Beauvoir 2000, s. 35). Kvinner blir gjerne opplært til å dekke andres behov og å skulle ”tekkes” andre. ”Mannen betrakter kvinnens kropp som tyngt av alt det som kjennetegner den: en hindring, et fengsel”, ifølge Beauvoir (ibid. s. 35). Slike tanker om kvinners annethet i forhold til menn og samfunnet, har også gyldighet i forhold til ”mine” kvinner.

Malterud (1994) gir flere eksempler på hvordan kvinner i konsultasjon med legen blir en annen i forhold til mannen. Hun peker blant annet på språket, og hvordan kvinner og menn ofte formulerer sine plager ulikt. Mannen har ofte et mer konkret språk, som også ”passer” bedre til den medisinske terminologien, enn det kvinnen har. Mennene får derfor også oftere en diagnose, som i samfunnet har større verdighet og gyldighet enn diagnoser som er mer typiske for kvinner. Hvilken verdi diagnosen har i samfunnet, har blant annet betydning for hvilke økonomiske rettigheter den utløser. Innenfor den medisinske verden blir med andre ord kvinnen også en annen i forhold til mannen. Det vil være rimelig å anta at dette forholdet også gjenspeiler seg i behandlingsapparatet og i behandling hos fysioterapeuten.

### **5.2.2 En ”øvelse” i å slappe av**

#### *”Problemer” med øvelsen*

Et sentralt tema i alle loggbøkene er det å klare å slappe av og å konsentrere seg, og ”avspenningsøvelsen” synes mange å knytte forhåpninger til. Flere skriver om ”avspenningen”, og sikter med det til den innledende øvelsen hvor de ligger og kjenner på kontakten med underlaget. Noen sier at ”øvelsen” gjør dem oppmerkssomme på spenninger i kroppen. De beskriver vanskeligheter med å slappe av, og de gir også uttrykk for et ønske om å klare det. I den forbindelse skriver de om ”å lande”, og gir samtidig uttrykk for at dette er noe de ønsker å få til og at det er viktig at de får tid på seg til å ”jobbe” med det.

Dette er noen eksempler på hva de skriver:



*Utrolig å kjenne hvor stiv jeg er og hvordan jeg spenner meg.*

*Må jobbe mer med at "pusten" må bli med. Tror det da blir lettere å "slappe av".*

*Kjenner at jeg har lettere for å legge alt fra meg når jeg er der. Godt å kjenne at det går framover.*

*Følte at det gikk litt lettere å slappe av i dag. Føler likevel at leggene svever høyt over gulvet.*

*Skjønner godt at dette vil ta tid.*

*Pusten er et problem for meg; avspenning, avspenning, avspenning.....*

*BK'en henger sammen med alt det andre man opplever, og da trenger man tid på å "lande".*

*Bruker man lenger tid på å lande tror jeg for min del at jeg får mer utbytte av resten av programmet.*

Mange beskriver vanskeligheter med å slappe av som et "problem" de har. De forklarer samtidig at smerter og stivhet i kroppen ofte er en årsak til det, men av og til sier de også at det å konsentrere seg er vanskelig fordi de har tankene mange andre steder. Mange sier at det å klare å slappe av og å konsentrere seg er viktig for deres følelse av å få øvelsene til. De blir i den anledning spesielt opptatt av forhold ved egen pust, og de skriver ofte at "pusten er et problem for meg". "Pusteøvelsene" er vanskelige sier de, fordi pusten ofte "låser seg". Andre merker at de er anspente i musklene i området rundt skuldre og nakke, og at de ikke klarer å "slippe". Noen blir opptatt av hvordan de vanemessig står eller sitter, og kommenterer ofte selv at de gjør dette "feil". Når deltakerne oppdager noe de finner vanskelig, som for eksempel det å "få pusten mer med", skriver de ofte at de vil øve på dette hjemme. Mange sier for eksempel at de vil "jobbe" mer med pusten hjemme, og begrunner det med at de tror det da vil bli lettere å slappe av.

Dette er eksempler på hva deltakerne skriver: *Merker at jeg har vanskeligheter for å "slippe" skuldrene, og at det at jeg er så stiv i nakken og skuldrene gjør at noen av øvelsene blir vanskelige.*

*Nakken er fryktelig vond og jeg klarer ikke å konsentrere meg om det jeg skal gjøre.*

*Det jeg tenkte mest på etterpå var at jeg ikke klarte å slappe av under avspenningen.*

### *Det "gode" ved øvelsen*

Selv om mange sier at det å fokusere på egen kropp er utfordrende, og vier størst plass til å skrive om problemene, gir de samtidig også uttrykk for at det å samle seg og fokusere på seg selv er godt. Noen beskriver "øvelsene" som en "ny erfaring i seg selv". De sier at dette er en ny måte å forholde seg til "kroppen" på. De forteller også at øvelsene har bidratt til å gjøre kroppen mer hel, eller også å plassere de ulike "delene", slik som nakke og skuldre, inn i en kroppslig helhet. Tidligere har de forholdt seg til smertefulle områder mer som isolerte "deler" av kroppen. Noen forteller at det å samle seg og fokusere på egen kropp gir erfaringer som ro og velbehag. Mange nevner spesielt betydningen av å føle at de klarer å "koble ut".

Det å erfare kroppens kontakt med underlaget trekkes av flere frem som en "øvelse" de liker godt, og som de synes det er "spennende" å jobbe med. Det å strekke seg ut og kunne kjenne at strekken går gjennom hele kroppen, er også noe mange beskriver som befriende. Noen skriver imidlertid også at de kjenner mye uro og ubehag under øvelsene, og at det derfor kan være utfordrende å være i ro over lengre tid. Noen skriver at de av og til kan føle tristhet.

*Det er godt å komme hit og ha litt avspenning. Er ikke så flink til det ellers.*

*Liker godt den øvelsen hvor vi skal kjenne på kontakten med underlaget.*

*Å samle meg og fokusere på kroppen er godt for meg.*

Selv om kvinnene av og til skriver at de skal bli "flinkere" til å øve hjemme, sier de fleste at det som regel ikke blir til at de får gjort det. De sier at det å øve hjemme ikke blir "det samme", og at de har vanskeligheter med å konsentrere seg om det de gjør. De forteller at de "faller ut", og at de raskt begynner å tenke på andre ting. Alle gir imidlertid uttrykk for at de "har øvelsene med seg i det de gjør", som betyr at de har blitt mer bevisst på hvordan de beveger seg når de eksempelvis står eller går, eller utfører vanlig arbeid. Noen forteller at de forsøker å "åpne" litt i hoftene, slenge mer med armene og bevege seg på en friere måte. Andre forteller at de forholder seg til kroppen på en ny måte ved for eksempel å "lytte" mer til den, eller også bli flinkere til å "ta signaler fra den". Noen sier de har blitt "flinkere" til å ta hensyn til seg selv ved blant annet å forsøke å si nei til noe de ikke har lyst eller ork til. Dårlig samvittighet er imidlertid noe de ofte må forholde seg til i den forbindelse.

### 5.2.2.1 Dilemmaet mellom å ”koble ut” og å være ”bundet”

#### *Bundet til forventninger i samfunnet og i behandlingen*

Det som er sentrale faktorer i behandlingen blir også retningsgivende for hva deltakerne blir opptatt av, slik det også er min intensjon at det skal være. Det jeg forespeiler som vesentlige ingredienser i behandlingen, blir på denne måten noe pasientene tar til seg og blir opptatt av. Under behandlingen oppfordrer jeg deltakerne om å være oppmerksomme mot egen kropp og bevegelser. Jeg viser til betydningen av det å erfare kroppens tyngde og kjenne på støtte fra underlaget, og jeg henleder deltakernes oppmerksomhet mot egen pust. Derfor blir også deltakerne opptatt av det å klare å slappe av og å konsentrere seg.

Mange av kvinnene uttrykker også en forståelse av at ”avspenning” er noe som kan ”hjelp” dem. Siden de fleste hadde skrevet mye om det å klare å slappe av, og jeg som fysioterapeut er nøye med ikke å bruke dette begrepet under behandlingen, spurte jeg deltakerne hvilken betydning det å slappe av hadde for dem. Kvinnene ga imidlertid ikke uttrykk for at avspenning som en øvelse i det å slappe av, var noe de hadde erfaring med fra tidligere, eller var spesielt opptatt av. Noen sa at for dem hadde det å slappe av betydning for å kunne ”koble ut” fra alt annet, og at dette var noe de kunne kjenne behov for. Kvinnene hadde lite å fortelle om hvilken betydning det å slappe av hadde for dem, og de viste heller ingen særlig interesse for å snakke sammen om temaet. En grunn til at de skriver mye om dette i loggbøkene kan derfor være at de ser det å slappe av som viktig i behandlingsøymed, og også at de ser at det er en sentral tematikk i mine forventninger til dem og noe som ligger nedfelt i behandlingskonseptet.

Noen forteller imidlertid i forkant av behandlingen at de har en forståelse av at ”avspenning kan være ”et redskap” til å komme ut av gamle tillærte vaner og mønstre”. Det kan bety at det foreligger som en allmenn oppfatning at avspenning er et virkningsfullt tiltak mot muskelsmerter. Blant tiltak som fysioterapeuter, og annet helsepersonell, viser til i forbindelse med behandling av belastningsskader, inngår ofte avspenning som en del av behandlingen. Muskelsmerter uten påviselige ”funn” blir av helsepersonell og andre gjerne omtalt i sammenheng med stress, eller det å ha for mye å gjøre. Dette er noe mange av kvinnene kjenner seg igjen i. Det er imidlertid også noe mange av kvinnene forteller at de har fått høre av andre, og også legen, at de er kvinner som stresser litt mye. Stress og ”kvinnelig stress” er

dessuten et tema som blir tatt opp i undervisningen i behandlingsopplegget. Mange deltakere forteller at de gjennom behandlingen også har blitt mer bevisst at de har spenninger i kroppen, og at dette var noe de tidligere ikke var klar. Det kan derfor hende at kvinnes fokus på avspenning er basert på de forventninger som "hviler" på dem, både i "opplegget" og i omgivelsene rundt dem for øvrig. Oppdagelser kvinnene gjør under behandlingen, i forhold til spenninger i kroppen, bidrar kanskje også til å underbygge deres tro på avspenning som noe "virkningsfullt".

Innenfor BK brukes *ikke* begrepet avspenning, og dette er heller ikke et uttrykt mål for behandlingen. I stedet brukes begrepet "bevegelseskvalitet", og det brukes øvelser som skal ha til hensikt å "harmonisere" spenningsforholdene i kroppen. Dette kan imidlertid forstås som en form for "avspenning". Det er derfor sannsynlig at deltakerne blir opptatt av det å slappe av, fordi behandlingen inviterer til det. Gjennom å arbeide med kroppens "strukturelle" forhold for å redusere spenninger i kroppen, er "øvelsene" tenkt å ha "virkning" på menneskets måte å være og å forholde seg til omgivelsene på. Det er også tenkt at reduserte spenninger åpner for større mulighet til å ta i bruk egne ressurser. I denne formuleringen ligger det implisitt at mennesket (i sin egen livsverden) bruker seg selv på en lite hensiktsmessig måte, og at egne bevegelser må "harmoniseres" eller bearbeides med øvelser.

Som en kontrast til en forståelse av at bevegelser må "harmoniseres", kan Beauvoir's og Merleau- Ponty's teorier trekkes inn. De ser kroppen som vårt perspektiv på verden, samtidig som mennesket gjennom kroppen alltid er engasjert i en dialektisk interaksjon med omgivelsene (Moi 1998, s.102). Kroppen er med andre ord et forhold til omgivelsene. Ser en kroppen slik vil den pustemåte og de "spenninger" personer til enhver tid har, forstås mer som en reaksjon på omgivelsene, enn som noe som er "feil", eller må harmoniseres. Engelsrud (2006, s. 97) beskriver hvordan spenninger i kroppen og forandringer i pusten er reaksjoner kroppen gjør av seg selv i situasjoner hvor for eksempel kommunikasjonen med andre låser seg. En slik forståelse innebærer i sin tur at det å "slippe" også kan forstås som en relasjonell og en situasjonsbestemt erfaring, og ikke som noe en uten å ta hensyn til dette kan "trene" isolert på.

### *Bundet til kjønnede forventninger og erfaringer*

Gjennom å beskrive ”det gode ved øvelsene” viser deltakerne også til noe de selv har fått ”ut av” behandlingen, nemlig et nytt forhold til egen kropp, som åpner for innblikk i ”nye” sammenhenger i livet. Dette gir kvinnene blant annet nye handlingsmuligheter. Deltakerne viser imidlertid at de nyttiggjør seg erfaringer fra behandlingen på forskjellige måter. Noen blir opptatt av sitt forhold til andre og prøver å sette nye grenser for seg selv. De sier samtidig også at dette ofte er knyttet til dårlig samvittighet, og ubehag i ettertid. Andre gir uttrykk for at det å skulle endre seg i form av å sette andre grenser for seg selv, ikke er et aktuelt alternativ. Noen skriver at dette ”smaker litt av kvinnesak”, og at det er et tema de føler seg ”pådyttet”, og som egentlig ikke fenger dem. Andre sier at de ikke er så ”flinke” til å skape rom for seg selv i hverdagen, eller at de ikke er så ”flinke” til å si ifra. De velger andre handlingsalternativer, som det å gå turer, eller også prøve ut nye måter å bevege seg på. Noen går for eksempel oftere turer, og mange velger ”en tur” framfor å bli ”sittende” å kjenne på det vonde.

Moi (1998, s. 99) skriver at hver kvinnes erfaring med egen kropp vil være uløselig forbundet med hennes prosjekter i verden. Et prosjekt bestemmes ikke ut fra selve situasjonen, men hvordan kvinnene forholder seg til situasjoner de befinner seg i. Det å forholde seg til en situasjon som noe de ikke er ”flinke” til, eller som noe de finner vanskelig, og å avfinne seg med dette, kan være uttrykk for en strategi kvinnene har. Beauvoir sier at dette er noe kvinnene gjennom sin oppdagelse blir lært opp til. Dette resulterer i, sier hun, at: ”....hun tror gjerne at hun kan regne med beskyttelse, kjærlighet, hjelp og styring fra andre, og hun lar seg fascinere av håpet om å kunne realisere sitt vesen uten å *gjøre* noe” (Beauvoir 2000, s. 823). At noen føler ”at det smaker av kvinnesak” kan igjen ses i lys av Beauvoirs teori om kvinners tilpasning, der det å bremse egne impulser, og at det å ta egne valg og å lykkes med det, også vil være noe som vekker mishag hos mannen (Beauvoir 2000, s. 803). Det å stille seg kritisk til ”kvinnesak”, eller akseptere seg selv som ikke ”flink” til, vil derfor kunne være et ledd i en tilpasningsstrategi. At det ligger en vegring mot å ta egne valg er tydelig i materialet. Kvinnene ser en del sammenhenger mellom sine plager og sin livssituasjon, men det er langt mellom en slik innsikt og det å kunne ta konsekvenser av den.

Frihet er et begrep som ofte knyttes til bevegelseskvalitet. Det å kunne bevege seg fritt innebærer blant annet å kunne puste fritt, og det er et mål for behandlingen. Frihet er også et

sentralt begrep hos Simone de Beauvoir, og hun ser frihet i sammenheng med kvinnes ulike ”prosjekter” i livet. Dermed knytter hun frihet til kvinnes rolle, eller situasjon i samfunnet. Hun peker på at en strategi som innebærer å tilpasse seg andres forventninger og krav, vil redusere kvinnes mulighet til frihet. Det å se frihet i forhold til kvinnes posisjon i samfunnet, vil ha betydning for hvordan man forstår deres bevegelser og også hvordan man forstår deres muligheter til å kunne puste fritt.

Deltakernes erfaringer gir uttrykk for en behandling med mange ”utfordrende” oppgaver, men også en behandling som får de til å kjenne på noen ”utilstrekkeligheter” ved seg selv. Når deltakerne for eksempel registrerer spenninger i kroppen, problemer med pusten, eller problemer med å konsentrere seg, forstår de samtidig at det finnes en annen måte å erfare dette på enn det de selv gjør. Mange tolker dette som om det er noe ”annet” de burde kjenne. Noen blir derfor opptatt av å endre på det de kjenner, gjennom for eksempel å prøve å ”slippe” pusten, eller spenninger i kroppen. Kvinnes egne erfaringer fremstår for dem som en slags ”feil” erfaring, og mange er raske til å bedømme det de selv gjør som ”feil”.

Dette kan ses i sammenheng med den usikkerheten mange kan ha i forhold til om det de kjenner i egen kropp er ”riktig”. Å være en ”riktig” kvinne har, slik jeg før har nevnt, med å leve innenfor en forventningsstruktur som gjør dem til ”den andre”. Deres smerter blir ikke godt nok forklart gjennom de medisinske undersøkelser de har gjennomgått, og innenfor helsevesenet stilles det også spørsmål om i hvilken grad smerten de kjenner er virkelig. At de møtes med en slik type forventning kan bidra til å svekke kvinnes tiltro til seg selv og egne erfaringer, og det å bli fortalt at noe er ”galt” kan følgelig bidra til å underbygge en oppfatning mange allerede har om at det er noe ved dem selv som er ”feil”.

### *Bundet til en ”norm”*

Mange av øvelsene i dette behandlingsopplegget går ut på å gi deltakerne mulighet til å finne ulike stillinger hvor de kan oppleve å være i en ”kroppslig balanse”. Når kroppen er i balanse har jeg tenkt at deltakerne også får mulighet til å ”slippe” egen tyngde og dermed redusere spenninger som de har i kroppen. Dette er tenkt å føre til en friere pust. Den teorien som øvelsene er bygget på er blant annet hentet fra kunnskap om kroppens anatomi og fysiologi, og har dermed utgangspunkt i en bio-mekanisk kroppsforståelse. Den viser til at hensiktsmessig bruk av ”kroppen” gir mindre belastninger på fysiske strukturer og bygger på

en forståelse av at dette også vil kunne føre til reduserte kroppslige smerter. Det å frigjøre kroppen for spenninger er, som tidligere nevnt, ment å føre til frigjøring av egne ressurser. Behandlingen har jeg valgt ut fra ”funn” og observasjoner. Jeg har blant annet har festet meg ved oppheiste skuldere, høyt tyngdepunkt og ”reserverte” bevegelser.

Som fysioterapeut arbeider jeg ut fra en ”mal” eller en ”norm” som jeg har definert som hensiktsmessig. Jeg har et bilde av hva som er god holdning, eller hva som karakteriserer frie bevegelser, og hva som kjennetegner en ”fri pust”. Denne normen som jeg arbeider ut fra, og som behandlingen er basert på, blir også en norm deltakerne forstår egne erfaringer opp mot. Fysioterapeutens norm bidrar med andre ord til å skape den forståelse de har av ”ikke helt å få det til”, eller også at det er noe som er ”feil”.

Moi skriver med henvisning til Beauvoir og Merleau-Ponty at biologiske fakta ikke gir grunnlag for å si noe om hvilken betydning de har for menneskets liv i det samfunnet hun lever i. Det betyr at de funn jeg som fysioterapeut gjør må ses i relasjon til samfunnets norm, eller krav, til hvordan en person bør fungere. Følgelig vil det å sette en norm for hva som er gode eller hensiktsmessig måter å bevege seg på, gripe inn i menneskets måte å håndtere sine liv. Det å føle seg fri i kroppen vil for eksempel kunne innebære å føle seg fri i forhold til andre mennesker og ha sammenheng med trygghet og tillit til seg selv i omgivelsene. Det å skulle bevege seg etter noe som er antatt å være hensiktsmessig, eller det å være opptatt av å slappe av, vil kunne innebære å presentere for deltakerne nok en norm de bør følge, eller også erstatte en norm med en annen.

Pasientens forhold til tyngdekraften er et sentralt tema innenfor fysioterapien generelt, og det å kunne slappe av er viktig. Rosberg (2000) belyser noen sider ved dette temaet gjennom å beskrive det forholdet en person har til sin egen tyngde og til underlaget som et slags uttrykk for tillit. Hun bruker blant annet uttrykket ”*at våga släppa ner sin tyngd*”, som handler om det å tillate seg selv å være så tung som man er, eller også slik jeg forstår det, å tillate seg selv å være som man er (ibid. s. 180). Gulvet, eller underlaget, får i denne sammenheng en symbolsk betydning og kan betraktes som den tillit, eller trygghet, personen opplever i sitt forhold til omgivelsene. Det å trene på å slappe av gjennom å gjøre bestemte øvelser, kan i et slikt perspektiv synes noe kunstig, eller også trukket ut av en sammenheng. Det å slappe av i kroppen og puste fritt er vanskelig å trene på. Det er noe kvinnene må ”våge” å gjøre.

Et slikt perspektiv reiser også spørsmål ved fysioterapeuters måte å beskrive, eller normsette, bevegelser på. Fysioterapeuter beskriver ofte funn ut fra hva som er antatt å være bra eller hensiktsmessig. Dette er en måte å forholde seg til kroppen som om den var en fysisk størrelse, løsrevet fra erfaring og meningsproduksjon. Ved å bringe inn et perspektiv som ser bevegelser som menneskers måte å uttrykke seg på, og forholde seg til andre på, vil fysioterapeuter også måtte endre sitt syn på bevegelser. Det vil for eksempel kunne innebære å gi større muligheter for pasientene til å finne egne måter å bevege seg på, framfor å "lære" dem hva som er riktig.

### *Behov for å "koble ut"*

En grunn til at mange av deltakerne viser at de er opptatt av å konsentrere seg og å slappe av, kan med andre ord være fordi behandlingen legger opp til det. Det kan i tillegg være fordi dette foreligger i samfunnet som en generell oppfatning om noe som kan være virkningsfullt i forhold til belastningslidelser. Det synes imidlertid som om mange blir opptatt av det å klare å slappe av også ut fra egne behov de har om å klare å "koble ut". Kvinnene sier at dette er noe de savner i hverdagen. Det at "avspenningsøvelsen" også er en god øvelse for dem, til tross for det de skriver om smerter og ubehag, viser seg blant annet gjennom hvordan de forholder seg i behandlingsrommet. Mange gir uttrykk for at de setter pris på roen, og det å kunne finne hvile. Behovet for å koble ut kan ses i sammenheng med kvinnenens "prosjekter" om å være til for andre og imøtekomme andres behov. Deltakerne signaliserer behov for et eget rom. Dette er imidlertid erfaringer det kan være vanskelig for deltakerne å snakke om. Det å beskrive noe som godt for egen del, eller at det å gjøre øvelser gir en god følelse, kan innebære å bryte med det som er deres egne og omgivelsenes forventninger til behandlingen. Det kan hende at det å beskrive noe som ubehagelig og vanskelig å få til, også gir kvinnene en større legitim rett til å være i behandlingen. Det er mulig at omgivelsene ville stille spørsmål ved kvinnenens behov for behandling, eller også hva slags behandling de tillot seg å være i, hvis de hadde beskrevet den som god og behagelig for egen del.

Kvinnene synes i liten grad å dvele ved det som er godt for egen del. De skriver lite om det, og snakker heller ikke om det seg imellom. Det kan forklares, slik jeg tidligere har beskrevet, ut fra deres egne og andres forventninger til dem i behandlingssituasjonen. Det kan imidlertid også være at det å fremme noe som viktig for egen del, fordi det er godt og behagelig for dem selv, også innebærer å bryte med en norm for hva som er en god kvinne.



Kvinner blir gjennom sin oppdragelse fortalt verdien av det å "ofre seg" for andre, og blir nettopp også verdsatt gjennom det å sette egne behov til side. Det å rydde egne rom i hverdagen, si nei til andre og finne ut av hva de selv ønsker, kan derfor oppleves som å være i "overkant selvopptatt" som noen av deltakerne også uttrykker.

### **5.2.3 Oppsummering av kvinnenes forhold til øvelsene**

I denne analysen har jeg vist at deltakerne forholder seg til øvelsene på flere måter. En måte er den de fremstiller overfor meg som fysioterapeut, hvor de blant annet vektlegger det å skape forståelse for egen situasjon. Det å dekke fysioterapeutens behov for informasjon synes å gå på bekostning av deres eget behov for å forstå seg selv. Dette blir tydelig blant annet gjennom språket de bruker når de skriver til meg, og også gjennom hvilke temaer de velger å trekke fram. Det kvinnene velger å beskrive overfor meg, synes ikke å være erfaringer de er spesielt opptatt av, eller finner interessante å reflektere over for egen del. Deres erfaringer synes i stor grad å reflektere en holdning til behandlingen, og til fysioterapeuten, og være uttrykk for en tilpasning til situasjonen og spesielle forventningsrammer.

Analysen peker på et dilemma kvinnene synes å befinne seg i, og som kommer til uttrykk gjennom det de beskriver som problematisk i forhold til øvelsene, og det de opplever som det "gode" ved dem. Ved å fokusere på det de ikke får til ved øvelsene, som i første rekke handler om det å slappe av, imøtekommer kvinnene det de opplever som forventninger nedfelt i behandlingen. De imøtekommer også sine egne og andres forventninger til det å være i behandling, hvor det å "ikke få noe til" legitimerer en slag rett til å være pasient. Kvinnene synes slik sett å befinne seg i et dilemma mellom norm for behandling og det å utvikle egen kompetanse. De synes også å være i et dilemma mellom det som samfunnet har satt som norm for kvinnen, og det å tillate seg selv å "koble ut" andre og gjøre noe som er godt for dem selv.

Ved å trekke inn Beauvoir har jeg vist hvordan frihet er knyttet til menneskets ulike "prosjekter" i verden. Et prosjekt beskriver på hvilken måte mennesket forholder seg til de ulike situasjoner de befinner seg i. "Friheten" til å ha egne prosjekter synes å være begrenset av kvinnenes egen opptatthet av hva andre tenker om dem, eller det å skulle dekke andres behov. Ut fra et slikt perspektiv må spenninger i kroppen forstås som en relasjonell, kulturell og situasjonsbestemt erfaring. Dette kaster nytt lys over problemene kvinnene synes å ha med det å "overføre" erfaringer fra behandlingssituasjonen til "livet" ellers. At dette ikke bare er

noe det kan øves på gjennom ”øvelsene”, blir avklart i denne analysen. Det å skulle bevege seg på en bestemt måte synes også å binde kvinnene i et bestemt handlingsmønster, og analysen peker på at dette legger begrensninger på deltakernes muligheter til å ta aktivt del i utforming av behandlingen.

### **5.3 Kvinnerenes forhold til behandlingsopplegget**

#### **5.3.1 Et godt sted å være**

Kvinnene gir på flere måter uttrykk for at behandlingsrommet er et godt sted for dem å være. De sier for eksempel at det ”å være her er godt for meg”. Noen skriver at det føles trygt når de legger seg ned på matten. De setter pris på roen, og det å bruke tiden på seg selv. Noen sier de har savnet behandlingen hvis de har vært borte noen uker. Andre beskriver behandlingsrommet som en ”oase” hvor de får ”påfyll”, og noen beskriver det som et ”ankerfeste”, og en ”prestasjonsfri” sone. En kvinne sier: *...jeg vet med meg selv at jeg har blitt syk fordi jeg har gjort for mye, og allikevel er jeg så engstelig for at alle rundt meg skal syns at jeg ikke prøver hardt nok og ikke gjør bra nok. Og så føler jeg at her er det ingen som ser på meg og...det er jo ingen som sier noe til meg i livet.....som sier at du prøver ikke hardt nok, men her føler jeg et sted hvor jeg ikke får det kravet. At jeg på en måte ikke blir dømt, eller bedømt etter noe. For meg er det veldig bra. Jeg sliter med ikke å strekke til og ikke gjøre like mye og like bra..*

Behandlingsrommet blir et sted å være sammen med andre på en måte som kjennes ikke-dømmende framheves her, og noen sier at dette er noe de sjelden opplever i andre sammenhenger. Når det nærmer seg avslutning på behandlingen er det mange som gir uttrykk for at de syns det er trist nå som de har ”kommet godt inn i øvelsene”. Øvelsene er imidlertid noe de også trøster seg med ”å ha” når behandlingen er over. Noen gir imidlertid uttrykk for å befinne seg i en sårbar posisjon, og sier at de er usikre på hvordan det vil gå med dem alene videre. De forteller også at det er utfordrende å være i samhandling med andre når en har plager, og de er redde for å ”falle tilbake” og miste sitt refleksjonsrom når de er ”alene” uten behandlingsrommets ”beskyttelse”.

### 5.3.1.1 Tilgang til et eget "rom"

#### *Behandlingsrommet*

Kvinnenes forhold til det samlede behandlingsopplegget synes å bli tillagt større betydning enn erfaringer de beskriver i forhold til å gjøre øvelser. Mens de på den ene siden forteller om problemer med å slappe av og konsentrere seg, sier de samtidig at behandlingsrommet er en arena hvor de kan slappe av og være seg selv. Dette kan forklares ved å se at kvinnene uttaler seg i forhold til to ulike "prosjekter", hvor de også har ulik intensjon med det de uttaler seg om. Når kvinnene uttaler seg i forhold til øvelsene er hensikten å skape forståelse hos fysioterapeuten, og kanskje også legitimere deres behov for å være i behandling. Når de i loggbøkene uttaler seg om "opplegget", synes dette å komme mer uoppfordret, enn når de skriver om øvelsene, og i større grad å være basert på noe de har behov for å fortelle. Dette viser seg ved at de for eksempel skriver mest utfyllende om øvelsene, mens de mer kommer med innskutte setninger om "hva de syns er bra", eller "hva de liker".

Dette viser i hvilken grad forventninger styrer hva det blir "snakket om", eller også i hvilken grad mottakeren er reflektert i det som blir fortalt. Deltakernes beskrivelser av hva de erfarer under øvelsene, står i kontrast til hvordan de beskriver "opplegget". Begge deler er sannsynligvis like "sant".

#### *"Beskyttelse" mot omverdenen*

Deltakernes loggbøker viser også hvordan "utbytte" av behandlingen ikke viser seg som en oppadstigende formkurve. Kvinnene beskriver "gode dager", som fyller dem med optimisme og håp, og noen skriver at "fortsetter denne følelsen har jeg kanskje funnet noe som kan hjelpe meg". Felles for alle er at formen svinger, med "dårlige dager" slik som tidligere. Da melder fortvilelsen seg. Noen oppsøker i slike situasjoner andre behandlingsformer. Deltakerne synes å befinne seg i et spenningsfelt mellom det å ha tillit til egne erfaringer og ressurser og det å skulle forholde seg til egne og andres forventninger om bedring.

At deltagelse i behandlingsopplegg skal føre til "bedring", er en forventning samfunnet har i forhold til "behandling" og "behandlingsutbytte". Behandling blir i mange sammenhenger fremstilt som noe pasienten "går inn i" for så å komme ut igjen som endret. Jeg har selv sittet som representant i bydelens attføringsutvalg, og jeg har tidligere deltatt på flere samarbeidsmøter hvor blant annet arbeidsgiver og NAV har vært til stede. I slike fora

etterspørres hvilke behandlinger som har vært utprøvd, om dette har ført til bedring, eller også avventes det resultater fra ulike behandlinger som pasienten/den sykmeldte går i. Dette er forventninger som deltakerne må forholde seg til og svare på, og som min intensjon var å avhjelpe ved å invitere til felles samarbeidsmøter.

Slike samarbeidsmøter viste seg imidlertid å være vanskelig å etablere. Når det også viser seg i hvilken grad samtalepartneren har betydning for hva pasienten velger /ønsker å snakke om, er det også tenkelig at slike møter ville være vanskelige å håndtere for pasienten.

Representantene på et slikt møte vil antagelig også representere ulike ”verdener”, og dermed fremkalle ulike og kanskje motstridende erfaringer og fortellinger hos pasienten. Det vil også være viktig i en slik situasjon å se at partene som deltar kommuniserer gjennom et felles språk, hvor blant annet ”kroppen” allerede har en bestemt betydning. Merleau-Ponty (1994, s.150) viser til dette når han sier at vi lever i en verden hvor det talte ord er innstiftet. ”Vi er selv i besiddelse av allerede dannede betydninger for alle de alminnelige ord”. Kroppen er for eksempel i vår kultur forstått og definert som fysisk og psykisk, og dette er noe pasientene er henvist å forholde seg til. Dette viser igjen hvordan erfaringer fra behandlingen kan være vanskelig å kommunisere til andre, og dermed også hvordan de kan være vanskelige å overføre til ”livet” utenfor.

Det å gå i behandling, eller være i behandling, kan fungere som en slags beskyttelse mot andres ”bedømmelser” av dem, eller forventninger til dem om å ”bedre seg , eller ”endre seg”.

Det at mange fremstiller behandlingsrommet som et godt sted å være og som et ”eget rom”, kan forstås ut fra den rollen de har som kvinner, og det at de i sine liv skal være ”tilgjengelig for andre” og også ”være til” for andre. Beauvoir (2000, s.823) sier at ”oppofrende kjærlighet” og det å ”ofre seg for andre” er noe kvinnen gjennom sin oppdragelse blir lært opp til. Hun sier også at dette bidrar til å sperre opprørets og opplevelsens vei for henne. Det hun sier er med andre ord at den rollen kvinnen blir oppdratt til bidrar til å redusere hennes frihet. Jeg har tidligere pekt på at dette har betydning for kvinnes mulighet til å puste og bevege seg fritt. Kvinnes rolle i forhold til andre gjør det også vanskelig for dem å skape seg egne ”rom”. Behandlingsrommet får dermed betydning som et ”eget rom” for noen, og flere sier også : *...det er noe med å ha denne tiden helt for seg selv.*

### 5.3.2 Ny forståelse

Mange skriver at undervisningen og samtalen som inngikk i behandlingsopplegget har hatt stor betydning for dem. Undervisningen beskrives som et bidrag til at de ”forstår seg selv bedre”, som de uttrykker det. Noe sier at de forstår bedre hvordan ”det hele henger sammen”, og henviser med det til ”kroppen som en helhet”. De skriver for eksempel at de forstår at knærne ”henger” sammen med ryggen, eller at hvordan de står og sitter har betydning for nakken. De sier også at beskrivelser av hvordan muskler og ledd spiller sammen og griper inn i hverandre stemmer med hvordan de har det. For mange gir slike forklaringer noen ”a-ha” opplevelser. Andre sier at de begynner å se smerten i sammenheng med ”livet”. De liker også godt å kunne dele erfaringer med hverandre. Mange gir uttrykk for stor takknemlighet for å ha fått mulighet til å være med på opplegget.

*I begynnelsen tenkte jeg at jeg hadde mye igjen etter undervisningen, syns jeg så mange ting ”klarere”. Nå har jeg allikevel sett at treningen og undervisningen henger sammen.*

*Liker kjempegodt undervisningen/samtalen etterpå. Mange ”aha” opplevelser gjennom den timen. Syns det er en fin tråd gjennom trening/undervisning.*

*Fin undervisning etterpå. Likte godt å bli delt opp i gruppe (to og to). Høre om andres opplevelser og sette ord på mine.*

*Samtalen har stor betydning, godt å sette ord på ting.*

#### 5.3.2.1 Et ”rom” for smerten

##### *Gyldighet for egne erfaringer*

Alle deltakerne beskriver en slags lettelse ved å få smerten forklart gjennom undervisningen om anatomi, smertefysiologi, følelser og muskelspenninger. De lever med smerter, som de opplever at andre har vanskelig for å forstå og godta. For mange kan dette oppleves som at det stilles spørsmål ved om det de erfarer er virkelig, eller kanskje bare ”innbilt”. Omgivelsene stiller også spørsmål ved om smerten kanskje egentlig ikke ”sitter” i kroppen, men et ”annet sted”, som eksempelvis i ”psyken” eller ”i livet”. Gjennom undervisningen får de bekreftet at smertene er ”reelle”, og deltakerne har gitt uttrykk for en stor lettelse ved å treffe andre som har det på samme måte som de selv. Det gir en bekreftelse på egne erfaringer som gyldige, og at det ”ikke bare er meg det er noe feil med”. Undervisningen gir smerten en eksistensberettigelse og styrker også deltakernes selvfølelse.

I den gruppen hvor legen har undervisningen gir noen uttrykk for at dette har en spesiell betydning. De setter pris på at det er en lege til stede og at det er en lege som bryr seg og viser interesse for deres situasjon, eller "slike som oss" som en deltaker også uttrykker det. De sier at det "ikke er vanlig" at leger interesserer seg for deres plager. Fysioterapeuter gjør andre "funn" enn det som gjøres i medisinske undersøkelser. Fysioterapeuter har derfor også andre forklaringer på hvorfor en person kan ha smerte, der bl.a. pusten og bevegelsesmåten forstås som noe som kan både skape og opprettholde en smerte. Fysioterapeuter har imidlertid mindre betydningsfulle (samfunnsmessig) posisjoner innenfor helsevesenet enn det legene har. Det at legen er tilstede tillegges stor betydning av kvinnene, noe som kan ses i sammenheng med legenes samfunnsmessige posisjon. Det kan derfor hende at en leges tilstedeværelse i et behandlingsopplegg gir et større "utbytte" for deltakerne.

### *Tilgang til et fellesskap*

Når deltakerne sitter sammen snakker de om det som er likt og bekrefter slik sett hverandre. Det som er ulikt får mindre plass, noe som antagelig ville blitt annerledes hvis det kvinnene erfarte under utførelsen av bevegelser hadde blitt tematisert. Dette sier derimot flere at de "ikke har tilstrekkelige ord for". Engelsrud (2006, s. 96) viser til forskjeller mellom et språk *om* kroppen og et språk *fra* kroppen. Det å snakke om kroppen bidrar i noen tilfeller til å løsrive erfaringene fra den erfarte virkelighet og å fremstille kroppen som noe i seg selv. Et språk som kommer fra kroppen kan eksempelvis være det språket som benyttes når noen forsøker å snakke *fra* ubehaget. Det å snakke fra et ubehag er krevende. Dessuten er det heller ikke gitt at personen i denne situasjonen vet hva hun vil si. Det å snakke fra et ubehag vil med andre ord kunne være et "fumlende" språk, jfr. Merleau-Ponty (2002, s. 213) som viser hvilken krevende "operasjon" det er å skulle gi uttrykk for en tanke som er ny. Det krever tillit til omgivelsene og trygghet på at det som sies blir tatt imot. Det å "få fram" hva som kroppslig erfares i situasjonen er en krevende "operasjon" og fordrer en annen type forhold enn det som denne behandlingsgruppen gir "rom" for. Å framstå som individuelle subjekter kan utgjøre en "risiko" for kvinnene. Det å finne trygghet i fellesskapet blir slik sett noe som også bekreftes kollektivt gjennom undervisningen.

Flere fysioterapeuter har pekt på betydningen av samspillet, eller forholdet, mellom pasient og terapeut (Thornquist 1998, Rosberg 2000, Engelsrud 2001, Heiberg 2004). Rosberg (2000) beskriver fysioterapibehandlingen som en sosial prosess, hvor pasienten kan få mulighet til å

oppleve/erfare seg selv på nye måter i samhandling med terapeuten. Hun viser til at fysioterapeutens måte å være på og forholde seg til pasienten vil være avgjørende for om pasienten opplever den støtten hun trenger for å utøve den tillit å kunne "slippe" (ibid. s. 172). I en behandlingsgruppe vil det være større "avstand" mellom terapeut og pasient/deltaker enn det som er tilfelle i individuell behandling. Forholdet til fysioterapeuten og forskjeller mellom individuell behandling og behandlingsgruppe, er noe deltakerne også snakker om under intervjuet. De sier at fordelen ved å være i en gruppe er at de kan "gjemme seg" litt bort. Dermed oppleves ikke fysioterapeutens "blikk" like "påtrengende" som under individuell behandling. Mange sier imidlertid at de savner den "nære" kontakten som individuell behandling gir mulighet for, både ved det å kunne prate mer om seg selv og også det å få flere tilbakemeldinger på det de gjør. En behandlingsgruppe gir med andre ord deltakerne tilgang til et felleskap, og det å dele "likheter" med hverandre. Det kan imidlertid legge noen begrensninger på deltakernes muligheter til å "slippe seg selv til" med det personlige og individuelt erfarte.

Deltakerne viser at behandlingsopplegget utgjør en kontekst med spesielle forventninger, som legger føringer for hvilke temaer det samtales om. De viser også at de tar hensyn til oss som behandlere når de beskriver hva de erfarer. Overfor fysioterapeuten beskriver de for eksempel ofte "kroppen" og viser at de er opptatt av øvelsene. I samtalegruppen forteller de om et endret forhold til kroppen og viser også til nye handlingsstrategier. At dette er temaer kvinnene er opptatt av innenfor bestemte rammebetingelser viser seg blant under de samtaler jeg har med deltakerne i etterkant av behandlingen. Forut for disse samtalene informerte jeg deltakerne om at dette var en time de kunne benytte for egen del, til eventuelt å ta opp temaer de selv var interessert i å drøfte med meg. Mange ga umiddelbart uttrykk for at de så dette som en mulighet til blant annet å få mer veiledning i forhold til noen av øvelsene. Under disse samtalene etterspurte jeg ikke utbytte, eller spesielle erfaringer fra behandlingen. Jeg innledet samtalene med et generelt: "hvordan går det?" Mange hadde lite "på hjertet", og samtalene ble derfor avsluttet etter kort tid. Noen hadde imidlertid mye å fortelle. Det de fortalte om handlet imidlertid ikke om "øvelsene", eller erfaringer fra behandlingen, men erfaringer de hadde fra "livet". Deres historier viste også, når de kunne fortelle ut fra egne behov, at livet var "som før".

### **5.3.3 Oppsummering av kvinnes forhold til behandlingsopplegget**

Jeg har vist hvordan deltakerne får mye ut av å være i behandlingsopplegget, og at betydningen av dette handler om mer enn hva de erfarer når de gjør øvelsene isolert sett. Behandlingsrommet gir deltakerne tilgang til et eget "rom" hvor de kan tillate seg å bruke tid på seg selv og gjøre nye erfaringer uten å måtte leve opp til andres forventninger. Deltakerne synes imidlertid å "slites" mellom det å tillate seg selv "å være" og det å imøtekomme omgivelsenes krav om bedring. Dette kan føre til at deltakerne fremstiller erfaringer fra behandlingen ulikt, alt etter hvem de snakker med, og hvilke forventninger samtalepartnern har til hva som skal "komme ut" av behandlingen. Slik sett synes det som om omgivelsenes forventninger, når de kommer i forgrunnen, bidrar negativt i forhold til kvinnes muligheter til å ta aktiv del i egen rehabilitering.

At effekt av behandling i medisinsk og fysioterapeutisk sammenheng ofte også defineres snevert (målbart), kan bidra til at det kan være vanskelig for kvinnene å anerkjenne som viktig i seg selv, det at de gir seg selv mer rom og tid. Dersom de møtes med krav om at behandlingseffekt skal være "målbart" for andre enn dem selv, kan dette bidra til å redusere betydningen av egne kinestetiske og sansebaserte erfaringer.

Gjennom undervisningen og fellesskapet med andre får smerten en eksistensberettigelse og kvinnes egne erfaringer blir gjort gyldige gjennom at de profesjonelle lytter til dem. Det synes imidlertid som om det felles erfarte blir fremtredende på bekostning av det som er individuelt og ulikt. Mange forteller om erfaringer det kan være "enighet" om i dette feltet, både mellom forskerne og dem selv. Det å få forståelse fra omgivelsene kan være noe disse kvinnene er spesielt opptatt av, fordi de savner å bli forstått som smertepasienter. Det kan imidlertid også være noe de som kvinner generelt er opptatt av. Analysen viser at behandlingsrommet utgjør en kontekst med spesielle forventninger, som kvinnene tilpasser seg og forsøker å innfri. Dette innebærer blant annet at kvinnene fremhever positive erfaringer og endringer i hverdagen. Når kvinnene får mulighet til å snakke mer uformelt om seg selv, viser det seg imidlertid at livene deres fortsetter som før.



## 6. Oppsummering og diskusjon

### 6.1 Et sted å være

Jeg har studert hvordan 13 kvinner beskriver sine erfaringer ved å delta i behandlingsgruppe med bevegelsestrening basert på Basal Kroppskjennskap og undervisning/samtale. Målet med analysen har vært å belyse deres erfaringer med behandlingen, den problematikken kvinnene lever med, og de perspektiver de synes å snakke ut fra.

Smertene kvinnene lever med gjør at de ikke kan delta i arbeidslivet på samme måte som tidligere. Det foreligger ingen medisinske ”funn” som kan forklare smertene, noe som synes å medvirke til at omgivelsene har problemer med å forstå hva det feiler kvinnene, og også i det hele tatt å forstå dem som personer/kvinner. Deres erfaringer får dermed karakter av å være ikke helt ”virkelige”, men kanskje snarere ”innbilte”.

Det eksisterer forventninger fra behandlere om at kvinnes tilstand etter hvert vil endres, særlig hvis de møtes med anerkjennelse, og at dette vil medvirke til at de selv foretar seg noe for å bli bedre. Å gå i behandling hos fysioterapeut er ett tiltak pasienten kan gjøre i forhold til sine plager.

Deltakerne beskriver ulike, og til dels motsetningsfylte, erfaringer avhengig av om de uttaler seg i forhold til øvelsene eller ”opplegget”. Hvordan de beskriver deres erfaringer fra øvelsene er influert av deres forståelse av fysioterapeutens forventninger til dem. De legger vekt på at de selv trenger å bli forstått av fysioterapeuten. Samtidig gir mange uttrykk for en usikkerhet i forhold til hvilke erfaringer fysioterapeuten er ”ute etter”. Det å skrive til fysioterapeuten medfører bruk av et bestemt språk, som blant annet innebærer å beskrive hva de kjenner bestemte steder i kroppen. Deltakerne trekker også fram hva de opplever som ”problematisk” i forhold til de ulike øvelsene. De blir opptatt av det de ”ikke får til”. De formulerer seg som om ”det å få til” er noe som ligger ”utenfor dem selv”, og det at de ikke ”får det til” synes å brukes som en legitimering på hvorfor de går i behandling. Så lenge de ”ikke får det til” skaper ikke det å gå i behandling noe forklaringsproblem overfor omgivelsene. Det å ”ikke få noe til” kan også ses på som noe som legitimerer kvinnes problematikk og bidrar til å opprettholde deres ”underdanige” posisjon. Uttrykket ”å ikke få

til”, eller ”ikke være flink” brukes flittig. Det å beskrive kroppslige erfaringer omtales som vanskelig.

Et sentralt tema i alle loggbøkene er det å klare å slappe av og å konsentrere seg om øvelsene. Det å få ”pusten mer med” er viktig for mange. I BK fokuseres det på bevegelseskvalitet, hvor pust, balanse og evne til å være oppmerksomt tilstede er sentralt. Dette blir en ”norm” deltakerne vurderer seg selv i forhold til, og som også binder de til en bestemt handlingsform. Det kan bidra til å gjøre det vanskelig for kvinnene å ta aktivt del i behandlingen.

I Merleau-Ponty's kroppsfenomenologi forstås kroppen i forhold til omgivelsene, og bevegelser forstås som menneskets kommunikasjonsform. Med referanse til en slik relasjonell forståelse kan ”frihet til å bevege seg” ses på som noe som er vanskelig å oppnå så lenge de er i en bestemt livssituasjon som kvinner, sykemeldte og med smerter som omgivelsene blir lei av å høre på, eller ikke tror på. I tillegg er mange av kvinnene svært opptatt av hva andre tenker om dem, noe som igjen vil kunne ha en særlig betydning for deres grad av frihet og mulighet til å ”puste fritt”. En forståelse av kroppen som levd kropp innebærer å se at pust og bevegelser er forhold nedfelt i kvinnes rolle og oppdragelse. Kvinnene blir gjennom sin oppdragelse opplært til å ta hensyn til og ”ofre” seg for andre (Beauvoir 2000). Det å gi dette opp og gjøre andre typer valg, er en mer krevende oppgave enn det som blant annet kommer frem i tidligere studier av dette behandlingsopplegget (Steihaug 2002, 2005, 2007, Werner 2003).

Det å samle seg og fokusere på egen kropp og bevegelser er en ny erfaring for deltakerne. Kroppen fremstår med en ny betydning for dem, noe som blant annet innebærer å ta egne erfaringer på alvor. Det innebærer for eksempel forsøk på å gi seg selv litt større ”rom”, eller bevegelsesfrihet. Noen gjør dette ved å forsøke å sette nye grenser for seg selv, andre forsøker å skape rom for mer bevegelse. De beskriver behandlingsrommet som et godt sted for dem å være og viser særlig til betydningen av undervisningen og det å dele erfaringer med hverandre. Her stilles ingen spørsmål om deres smerte er virkelig. Undervisningen gir deltakernes smerte eksistensberettigelse ved at den blir tematisert og forklart. Deltakernes egne erfaringer får betydning og blir viktige for dem selv og for andre. Dette ser ut til å bidra til å styrke kvinnes tro på seg selv og egne erfaringer og fører til utprøving av nye handlingsalternativer. Behandlingsrommet utgjør slik sett et sted for kvinnene å være, selv om det ikke endrer så mye på deres smerte og livssituasjon.

Denne type behandlingsopplegg kan være bra for denne pasientgruppen, og bør kanskje tilbys som et kontinuerlig tilbud selv om det ikke fører til målbar endring i smerter og arbeidsførhet hos kvinnene. Mengshoel (2005) peker på at effekt av behandling ofte blir for snevert definert. En snever definisjon av bedring kan bidra til at det kan være vanskelig for kvinnene å anerkjenne det at de gir seg selv mer rom, og at de anser dette som viktig i seg selv. Dersom de møtes med krav om at behandlingseffekt skal være ”målbar” for andre enn dem selv, kan dette bidra til å redusere betydningen av egne erfaringer. Det bør kunne eksistere ikke-kommersielle tilbud, og rom, der bevegelse er i sentrum. Å arbeide i forhold til egen kropp og bevegelse er ikke noe en blir ”ferdig med”. Det må gjøres jevnlig. Det å bevege seg sammen med andre i en hyggelig atmosfære, er lettere å følge opp enn å ”gjøre hjemmeleksa”. Slike forhold kan være vanskelig å innrømme, særlig for kvinner som vil være ”flinke”, men allikevel ikke får til endringer, eller blir kvitt smerter.

Jeg oppdaget at det kvinnene i tidligere undersøkelser hadde fortalt om erfaringer og utbyttet av behandlingen ikke hadde gitt synlige resultater i deres liv. Det viste seg at de også hadde snakket ut fra hva de antok var våre forventninger til utbyttet av behandlingen. Jeg har i denne oppgaven vist hvordan ulike forventninger, eller kontekster, er førende både for språket som brukes og for hva det velges å samtale om. Dette er viktige momenter når man skal vurdere effekter av behandling.

## **6.2 Forventninger til behandling – et vesentlig fenomen?**

Resultatene viser at deltakerne innretter seg etter det de antar er forventet av dem. De viser også at erfaringer som kvinnene beskriver i loggbøkene ikke nødvendigvis er noe de selv har et forhold til, eller gir mening for egen del. Kvinnene forteller også om positive endringer i livet, selv om det fortsetter som før. Ut fra dette kan det være grunn til å spørre hva kvinnene tror på for egen del. Tror de på seg selv?

Når kvinnene er blitt ”avspent” og anerkjent i behandlingen, hva skjer så? I hvilken grad vil dette være faktorer som får innvirkning på pasientenes liv? Hvis målet er å styrke pasientens tro på seg selv og å gi henne større mulighet til å ta aktivt del i det som skjer, vil dette ha betydning for hvordan fysioterapeuter bør forstå og utforme egen praksis. Det vil kanskje

være behov for større ”rom”, og alternative måter å være sammen og samhandle med pasienten på.

Behandlingsrommet vil være en kontekst kvinnene snakker innenfor. Forskningskonteksten utgjør en annen. Flere av deltakerne sa til meg i etterkant av behandlingen at de håpet jeg hadde fått nok ”stoff ” til forskningen min, og noen sa også at de håpet jeg ville få noe ut av det de hadde skrevet. Jeg opplevde også selv hvordan kvinnene endret seg når vi gjennomførte gruppeintervjuet. Alle snakket mindre enn de gjorde til vanlig, og kvinnene syntes i stor grad å være opptatt av hva jeg var ”ute etter”. Spørsmålene jeg reiste under intervjuet tok utgangspunkt i temaer de selv hadde skrevet om i loggbøkene. Dette viste seg ikke å være temaer kvinnene var spesielt opptatt av, eller ønsket å snakke om. Dette understreker i hvilken grad kvinnene har innrettet seg etter det antatt forventede, og kanskje også hvor lite dette har med dem selv å gjøre.

Dette viser i hvilken grad ulike forventningsrammer påvirker oss, og styrer det vi blir opptatt av og ønsker å si. Mennesker befinner seg alltid innenfor en kontekst med ulike forventninger og føringer for samhandling. Dette innebærer at forskeren må anse seg selv, ikke bare som ansvarlig, men også som en betingelse for dataene som produseres.

I tidligere undersøkelser om kvinnes erfaringer fra å delta i dette behandlingsopplegget har det i beskjeden grad vært problematisert hvordan de innsamlede data er avhengig av den konteksten hvor innsamlingen foregår. Dette kan være en grunn til at resultatene fra tidligere studier har blitt tolket for entydig positivt. Dette vil kunne bidra til å opprettholde urealistiske forventninger til behandlingen, og også gjør det vanskelig for pasientene ”ikke å bli bedre”.

### **6.3 Utfordringer ved ”å måle effekt” av behandling**

Fysioterapeuter har kropp og bevegelse som arbeidsfelt. Det stilles økende krav til at behandling skal kunne vise til dokumentert effekt gjennom målbare og kontrollerbare studier. Som en følge av dette utvikles det innenfor fysioterapifaget ulike målemetoder for ”kroppsfunn”. Innenfor psykomotorisk fysioterapi har man utviklet metoder for å måle funn med hensyn på pust, kroppsholdning og muskelspenninger. ”Funn” fra slike undersøkelser er imidlertid ikke egnet til å si særlig mye om hvilken betydning behandlingen får for pasientenes liv. Slik sett gir denne type ”funn” et konstruert bilde av pasientene, som

forskeren skaper, og vesentlige sider ved pasientenes erfaringer og livsverden blir stående uutforsket. Slik sett kan fysioterapeuten bidra til å vurdere pasienten ut fra konstruerte faglige normer og standarder, kanskje på bekostning av økt forståelse for pasienten og hennes livsverden.

## 7. LITTERATURLISTE

Bengtsson, J (red) ( 1999) *Med livsvärld som grund*. Studentlitteratur, Lund.

De Beauvoir, S (2000) *Det annet kjønn*. Pax Forlag A/S, Oslo

Dropsy J. (1987) *Leva I sin kropp*. Natur och Kultur, Stockholm.

Dropsy J. (1988) *Den harmoniske kroppen*. Natur och Kultur, Stockholm.

Engelsrud, G (1997) *Kvinner i bevegelse mellom lengsel og lyst*. Arbeidsnotat 4. Senter for kvinneforskning. Universitetet i Oslo.

Engelsrud, G ( 2001) *Bevegelse som kunnskapsområde i fysioterapi I*: Stokkenes, Sudman, Sæbøe *Fysioterapi på terkselen. 13 perpektiver på faget*. Høyskoleforlaget.

Engelsrud, G (2006) *Hva er kropp*. Universitetsforlaget A/S, Oslo

Engelsrud, G (2005) *Bevegelse som utforskning og utfoldelse*. Fysioterapeuten nr.7, s.15-19

Gustavsson, M, Ekholm, J, Öhman, A. (2004) *From shame to respect: Musculoskeletal pain patients' experience of a rehabilitation programme, a qualitative study*. J Rehabil Med; 36: 97-103

Heiberg, KE, Engelsrud, G (2004) *Fysioterapibehandlingens kompleksitet med fokus på kropp og kjønn- en videoanalyse av et eksempel fra praksis*. Fysioterapeuten nr. 2, s. 10-14

Johansen, A. (2003) *Samtalens tynne tråd. Skriveerfaringer*. Spartacus Forlag.

Kirkengen, AL (2000) *Innskrevet i kroppen*. Tidsskr Nor Lægerforen; 120: 1518-22.

Kirkengen, AL (2005) *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget A/S, Oslo

Klingberg-Olsson, K, Lundgren, M, Lindström, I. (2000) "*Våga Välja vad jag vill*"- *Basal Kroppskännedom och samtal i grupp – ett samarbetsprojet mellan sjukgymnast och psykolog för patienter med smärta-spänningssyndrom*. Nordisk fysioterapi 2000; 4:133-142.

Knardal, S (1998) *Kropp og sjel. Psykologi, biologi og helse*. Universitetsforlaget, Oslo.

Kvale, S (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lilleaas, U-B, Ellingsen, D (2003) *Kvinnekroppens kår*. Fagbokforlaget.

Malterud, K (2000) *Symptoms as a source of medical knowledge: Understanding medically unexplained disorders in women*. Fam Med; 32 (9): 603-11.

Malterud, K (1994) *Klinisk kunnskap om kvinners "ubestemte" plager. Ulike perspektiver for innsyn og utsyn*. I: Arbeidsnotat 2/94 – Kroppen som informasjonssystem. Senter for kvinneforskning. UiO.

Malterud, K (1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring. Tano Aschehoug, Oslo

Mengshoel, A.M. (2005) *Å bli bedre av fibromyalgi – noen tanker rundt erfaringer fra forskning og praksis*. Fysioterapeuten nr. 2, s.23-26.

Merleau-Ponty, M (1962/2003) *Phenomenology of Percetion*. Routledge & Kegan Paul. London.

Merleau-Ponty, M (1994) *Kroppens fenomenolog*. Pax Forlag A/S, Oslo

Moi, T (1998) *Hva er en kvinne? Kjønn og kropp i feministisk teori*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rosberg, S. (2000) *Kropp, varande och mening i ett sjukgymnastisk perspektiv*. Akademisk avhandling, Göteborgs Universitet.

Råheim, M (2001) *Kvinnens kroppserfringer og livssammenheng*. En fenomenologisk – hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter. Doktoravhandling. Det psykologiske og det medisinske fakultet. Universitetet i Bergen.

Schrøder NB (2003) *Fysioterapi og læring. Betydning af rettethed, relationer, rum og refleksjon*. Ph.d. afhandling. Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik. Københavns Universitet. JCVU Forlag.

Skjærven, LH (1999) “Å vær seg selv mer fullt og helt”. *En tilnærming til bevegelseskvalitet*. Hovedfagsoppgave, Seksjon for fysioterapivitenskap, UiB

Skatteboe, UB (2000) *Basal Kroppskjennskap og bevegelsesharmoni*. Videreutvikling av undersøkelsesmetoden Body Awareness Rating Scale, BARS- Bevegelsesharmoni. HiO-rapport nr. 12

Steihaug S, Ahlsen B, Rutle O. (1994) *Behandling av kroniske muskel- og skjelettsmerter. Fysisk trening og samtalegruppe gjennomført i allmennpraksis*. Tidsskr Nor Lægeforen; 114: 1065-9.

Steihaug, S, Ahlsen, B (1996) *Bevegelse og samtale i grupper. Behandling av kroniske muskelsmerter hos kvinner i allmennpraksis*. Tidsskr Nor Lægeforen; 116: 1335-8.

Steihaug, S, Ahlsen, B, Malterud K (2001) *From exercise and education to movement and interaction. Treatment groups in primary care for women with chronic muscular pain*. Scand J Prim Health Care, 19

Steihaug, S (2002) *Fra trening og undervisning til bevegelse og samhandling. Anerkjennelse av kvinner med kroniske muskelsmerter*. Det medisinske fakultet, UiO

Steihaug, S, Malterud K (2002) *Recognition and reciprocity in encounters with women with chronic muscular pain*. Scand J Prim Health Care; 20



Steihaug, S (2005) *Hvordan kan kvinner med kroniske muskelsmerter endre sine kroppslige vaner?* Tidsskr Nor Lægeforen; 125: 2804-6.

Steihaug, S (2005) *Can chronic muscular pain be understood?* Scandinavian Journal of Public Health; 33 (Suppl 66): 36-40

Steihaug, S (2007) *Women's strategies for handling chronic muscle pain: A Qualitative study.* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 25: 44-48

Thornquist E, Bunkan, B (1986) *Hva er psykomotorisk behandling.* Universitetsforlaget, Oslo.

Thornquist, E (1994) *Anerkjennelse og avhengighet. Når pasienter og helsepersonell møtes.* Tidsskr Nor Lægeforen nr. 11, 114: 1293-7

Tjølsen, A, Vøllestd, NK (2002) *Muscle and pain physiology.* I: Malterud, K, Hunskaar, S (red) *Chronic Myofascial Pain, a Patient-centred Approach*, Radcliffe Medical Press, Oxon

Vetlesen, A.J. (2004) *Smerte.* Dinamo Forlag.

Werner A, Steihaug S, Malterud K (2003) *Encountering the Continuing Challenges for Women With Chronic Pain: Recovery Through Recognition.* Qualitative Health Research, Vol. 13 No.4, April 2003 491-509

Werner, A (2005) *Kampen for (tro)verdighet. Kvinner med "ubestemte" helseplager i møtet med legen og dagliglivet.* Doktoravhandling. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

Øien AM, Iversen S, Stensland P (2007) *Narratives of embodied experiences – Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy.* Advances in Physiotherapy, 9: 31-39

Øverberg, G (1997) *Historien om Mai* I: Ianssen B, Øverberg G, Hanssen I, Kvebæk I, Ottesen A, Rognved E. *Bevegelse, liv og forandring. I Aadel Bülow-Hansens spor.* Cappelen Akademiske Forlag as, Oslo.

## VIL DU HJELPE OSS Å UTVIKLE BEDRE BEHANDLINGSTILBUD?

Vi har drevet behandlingsgrupper for kvinner med kroniske muskelsmerter på Stovner siden 1992. Vi har gjennomført en rekke behandlingsgrupper sammen, og Birgitte flere alene. Gruppebehandlingen er blitt evaluert, og det er skrevet en fordypningsoppgave og en avhandling om gruppebehandlingen. Behandlingen har vist seg virksom. Vi er imidlertid opptatt av stadig å forbedre behandlingstilbudet, og i dette arbeidet er dine erfaringer viktig kunnskap.

Vi ber deg derfor skrive notater etter hver trening og samtykke i at kurslederne gis tilgang til disse notatene i anonymisert format.

Vi ber deg også samtykke i at det gjøres lydbåndopptak fra intervju med gruppe og/eller fra individuelle samtaler med deltakerne ved behandlingsslutt.

Notatene og opptakene vil bli behandlet konfidensielt og kun brukt i forskningssammenheng av gruppelederne for å vurdere hvordan behandlingen kan forbedres. I skriftlig formidling av resultatene vil ingen opplysninger bli brukt på en måte som gjør at noen kan gjenkjennes. Lydbåndopptakene vil bli slettet når materialet er ferdig bearbeidet, sannsynligvis innen utgangen av 2006.

Birgitte Ahlsen

Sissel Steihaug

---

## Samtykke

Jeg tillater at det blir gjort lydbåndopptak av gruppeintervju og individuelle sluttsamtaler. Jeg tillater at gruppelederne får tilgang til mine notater fra trening i anonymisert form. Jeg forutsetter at lydbåndopptakene ikke avspilles for andre enn de involverte personer og at det jeg sier eller skriver ikke skal gjengis på noen måte der jeg kan gjenkjennes.

Jeg er gjort oppmerksom på at jeg når som helst kan trekke meg fra intervju og/eller at mine notater blir brukt til forskning uten at det får noen konsekvenser for behandlingstilbudet.

Oslo den        /

.....  
underskrift

## Intervjuguide

1. Hvordan har det vært å skrive om egne erfaringer?
2. Kan si mer fortelle hva smerten gjør med dere?
3. Hvordan har det vært å være i behandlingsgruppe?
4. Mange skriver om pusten.  
Hvilke erfaringer har dere gjort med hensyn til ”pusten”?
5. Dere skriver om hvor vanskelig det er å slappe av.  
Kan dere si noe om hvilken betydning det å slappe av har for dere?
6. Dere skriver at det er godt når Birgitte går rundt til hver enkelt.  
Hvilken betydning har det?
7. Hvis dere ble bedt om å trekke fram en erfaring som har hatt spesiell betydning, eller et spesielt øyeblikk, hva ville dere ha trukket fram?
8. Mange av dere skriver at dere har likt undervisningen, eller samtalen etterpå.  
Hvilken betydning har den hatt?